



Ciencias Psicológicas

ISSN: 1688-4094

cienciaspsi@ucu.edu.uy

Universidad Católica del Uruguay

Dámaso Antonio Larrañaga

Uruguay

López Pell, Andrés Fernando; Cid Colom, Jordi; Obst Camerini, Julio; Rondón, Juan M.;
Alfano, Silvina M.; Cellerino, Cecilia

GUÍAS ESQUEMATIZADAS DE TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD PARA PROFESIONALES, DESDE EL MODELO DE YOUNG, KLOSKO
Y WHEISHAR (2003)

Ciencias Psicológicas, vol. V, núm. 1, mayo, 2011, pp. 83-115

Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga

Montevideo, Uruguay

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545427008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

GUÍAS ESQUEMATIZADAS DE TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD PARA PROFESIONALES, DESDE EL MODELO DE YOUNG, KLOSKO Y WHEISHAR (2003)

SCHEMATIC-GUIDES FOR PROFESSIONALS TO TREAT PERSONALITY DISORDERS, FROM THE MODEL OF YOUNG, KLOSKO AND WHEISHAR (2003)

Andrés Fernando López Pell

Universidad Católica de Santa Fe y FUNSALED, Argentina

Jordi Cid Colom

International Society of Schema Therapy

Julio Obst Camerini

UAI y C.A.T.R.E.C.

Juan M. Rondón

Universidad Católica de Santa Fe, Argentina

Silvina M. Alfano

Universidad Católica de Santa Fe, Argentina

Cecilia Cellerino

Universidad Católica de Santa Fe, Argentina

Resumen: Los tratamientos psicológicos para Trastornos de la personalidad todavía no alcanzan un grado de protocolarización específico como para describir las intervenciones para cada sesión. Esto podría deberse, entre otras cuestiones, a la heterogeneidad de los casos que dificultaría la posibilidad de diseñar un protocolo. Los tratamientos entonces se basan en conceptualizaciones de caso sustentadas teóricamente que después determinan los objetivos y las intervenciones a realizar. La dificultad para conceptualizar desde determinado modelo puede que sea una razón por la que a los psicoterapeutas les costaría realizar el tratamiento más adecuado. Para afrontar este problema hemos construido 'Guías esquematizadas para profesionales' para mejorar la práctica clínica. Estas guías son de una carilla para tenerlas a la vista durante las sesiones a fin conceptualizar los casos y guiar más fácilmente las intervenciones desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). Este artículo describe el proceso de construcción de las guías.

Palabras clave: *personalidad, trastornos, tratamiento, terapia de esquemas.*

Abstract: Psychological treatments for personality disorders have not yet reached a level of protocol as specific as to describe interventions for each session. This could be due, among other factors, to the heterogeneity of cases that make it difficult to design a protocol. Treatments are then based on case conceptualizations supported by theories that determine the objectives and interventions performed. The difficulty to conceptualize from a particular model may be a reason why psychotherapists find problems to make the most appropriate treatment. Addressing this problem, we have designed a set of 'Professional schematic-guides' to improve the clinical practice. These one-page-guides were created to have them in front of you during the sessions, and help to conceptualize cases and easily guide the interventions from the model of Young, Klosko y Wheishar (2003). This article describes the process of building guidelines.

Keywords: *personality, disorders, treatment, schema therapy.*

INTRODUCCIÓN

Nada ha demostrado ser más eficaz que la aplicación de un protocolo psicoterapéutico científicamente validado. Sin embargo ¿qué hacer cuando el paciente tiene varios trastornos?, o ¿cuándo no hay un protocolo validado

para tratar el trastorno que sufre? En tales circunstancias, una opción es basar el tratamiento en una conceptualización de sus problemas guiada por un marco teórico. La dificultad para conceptualizar desde determinado modelo puede que sea una de las tantas razones del por qué a los psicoterapeutas les cueste más

seguir las pautas descriptas para el abordaje de estas alteraciones. Otra cuestión de suma importancia es que son pacientes muy difíciles de mantener en tratamiento por lo cual se requiere de mucha flexibilidad por parte del terapeuta. Esto, sumado a la heterogeneidad de los casos, dificulta la posibilidad de diseñar un protocolo de tratamiento de alta especificidad delineado para cada sesión como existe para otros trastornos (e.g., depresivo mayor, de angustia, ansiedad generalizada, etc.) ya que cada tratamiento, si bien es guiado por la misma base teórica, termina adquiriendo una forma particular.

En busca de enfrentar la problemática planteada, en artículos anteriormente publicados en esta revista, propusieron el concepto de *Guías esquematizadas para profesionales* (López Pell, Rondón, Alfano, & Cellerino, 2010; López Pell, Rondón, Cellerino & Alfano, 2010). En aquella ocasión, las guías se hicieron para los modelos de Theodore Millon y de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). En esta oportunidad, utilizando el mismo concepto, se realizarán para el modelo que vienen desarrollando Young, Klosko y Wheishar (2003).

Las Guías esquematizadas para profesionales están diseñadas para mejorar la práctica de la psicoterapia para los trastornos y alteraciones de la personalidad. Fueron realizadas en una carilla cada una con la idea que los psicoterapeutas las tengan a la vista durante las sesiones y que de esta manera puedan conceptualizar sus casos y guiar más fácilmente sus intervenciones. Atento a estas cuestiones, en este artículo se presentan los conceptos centrales que deben guiar la praxis desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003) de una manera simple y comprensible a fin de facilitar la transferencia del conocimiento al set psicoterapéutico.

TEORÍA DE LA PERSONALIDAD

Se ha desarrollado en los últimos años dentro del paradigma cognitivo conductual un modelo de abordaje terapéutico denominado *Terapia de Esquemas* (TE). Ésta es una forma de psicoterapia integrativa, que combina elementos cognitivos, conductuales, psicodinámicos, de las relaciones objetales y humanistas/existenciales (Young, Klosko & Wheishar, 2003). Surge a partir de los conceptos teóricos desarrollados por Beck, especialmente en el área de los trastornos

de personalidad, los esquemas, las estrategias y los modos (Alford & Beck, 1997; Beck, 1996; Beck, Freeman, Davis y otros, 2005). La TE ha sido desarrollada por Jeffrey Young (1990; 1993) para tratar a pacientes que reciben un diagnóstico de trastornos de la personalidad o aquellos con problemas psicológicos que se consideran difíciles de tratar, porque suponen un reto desde la perspectiva del terapeuta. La TE se desarrolla para tratar problemas psicológicos graves, arraigados, de larga duración, y que presentan dificultades por generar y mantener la estabilidad sintomática, recaídas constantes, problemas interpersonales o rigidez de patrones conductuales (Young, 1993). Si bien inicialmente fue conceptualizada como una terapia para los Trastornos de la personalidad, en la actualidad se la utiliza y con eficacia para lo que en el DSM-IV TR serían los trastornos del Eje I (American Psychiatric Association, 2002), dentro de los cuales esta ansiedad, depresión, trastornos alimentarios.

Cuando presentó sus fundamentos Jeffrey Young consideró que el abordaje tradicional de la terapia cognitiva en ese momento no tenía un desarrollo suficientemente amplio y específico para los pacientes con trastornos de personalidad. Su argumento era que estos pacientes no cumplen con ciertos requisitos o supuestos del modelo clásico, debido a las siguientes cuestiones:

1. Dificultades en la identificación de sentimientos y cogniciones. Es bien conocido que las personas con problemas de personalidad bloquean sus emociones y pensamientos. Muchos tienen una tendencia afectiva de evitar las emociones.
2. Problemas para el cumplimiento de las tareas para casa. La colaboración y la motivación para trabajar entre sesión y sesión es difícil de obtener en los TP. Las tareas y/o deberes que se asignan habitualmente en la terapia se tornan de difícil seguimiento.
3. Imposibilidad de definir y clarificar los problemas de la vida. Presentan problemas difusos, vagos que no saben definir como objetivos del tratamiento.
4. Resistencias a una relación terapéutica colaboradora. No es tarea fácil aplicar ni encontrar el empirismo colaborador en el que se fundamenta la terapia cognitiva. Muestran dificultades en sus relaciones interpersonales, tienen problemas para tener una buena alianza terapéutica. En el

tratamiento se va a necesitar manejar estas dificultades de manera activa.

5. Dificultades para modificar sus creencias rígidas. Las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva, en muchos casos no son suficientes para cambiar los patrones autodestructivos y la rigidez de pensamientos. Las creencias y los patrones autodestructivos forman parte de la definición de la identidad de los pacientes con TP, muchas veces el cambio sólo es parcial.

Conceptos básicos

Para este modelo de abordaje, Young y Klosko (2007) definen una subcategoría de esquemas: los *Esquemas Tempranos Inadaptados* (ETI). Estos son patrones disfuncionales -auto-saboteadores- de pensamiento y emoción que se iniciaron en temprana edad y se reiteran a lo largo de la vida. Según esta definición, las conductas inadaptadas no son componentes de los esquemas, sino que son las respuestas a estos. Las conductas son causadas por los esquemas, pero no son parte de los mismos. Sin embargo, Cid (2009) prefiere denominarlos 'Esquemas Precoces Desadaptativos', definiéndolos como temas amplios y persistentes formados por recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que hacen referencia al análisis de uno mismo y de las relaciones con los demás. Estas se originan durante la infancia y se van elaborando a lo largo de la vida del individuo, siendo disfuncionales en grado significativo.

Los ETI se originan en representaciones basadas en la realidad y en su comienzo pueden generar respuestas adaptadas a éstas. Su disfuncionalidad se muestra más tarde en la vida, cuando esas percepciones o apreciaciones ya nos son ajustadas a la realidad. Los mecanismos humanos de supervivencia, en particular el impulso a la consistencia cognitiva -o a evitar la disonancia cognitiva-, generan la poderosa energía que los defiende ante todo intento de modificarlos, forzando a las otras percepciones a ajustarse a ellos (Young & Klosko, 2007).

Pero estos esquemas pueden tener distintos grados de gravedad y de rigidez o resistencia al cambio. La gravedad puede definirse por la cantidad de situaciones que los activan. La mayor o menor severidad y resistencia al cambio dependerán de lo temprano -o tardío- de la edad en que se generaron, de la cantidad de

figuras significativas que lo generaron y de la cantidad -o duración- de las situaciones que lo generaron. Por ejemplo, será más severo y rígido un esquema generado por ambos progenitores, desde la edad de 4 o 5 años y durante toda la infancia, que uno generado por un solo progenitor, o solamente por un maestro, en un episodio único, cuando tenía 12 años de edad (Young & Klosko, 2007).

Podemos decir que hay esquemas positivos (i.e., adaptados) y negativos (i.e., inadaptados), así como tempranos y tardíos (Young, Klosko & Wheishar, 2003). Pero al hablar de esquemas en este trabajo estaremos refiriéndonos específicamente a los esquemas tempranos e inadaptados -negativos- (ETI) por su relación causal con los trastornos de personalidad que queremos abordar.

En resumen, las características más relevantes de los ETI son las siguientes:

1. Son verdades *a priori* acerca de uno mismo y del ambiente, estructuras centrales del auto-concepto.
2. Se auto-perpetúan y son resistentes al cambio; es decir, no se modifican y se mantienen a lo largo del tiempo.
3. Son disfuncionales o desadaptativos: con consecuencias auto-destructivas y/o daño significativo para los demás. Interfieren de forma significativa en la satisfacción de las necesidades nucleares de autonomía, unión con los demás, auto-expresión, límites, gratificaciones y autoestima necesarias para una calidad de vida saludable.
4. Son activados por cambios ambientales relevantes al esquema o por estados de ánimo o estados biológicos. No siempre están en nuestra conciencia. Cuando se activan se acompañan de altos niveles de afecto o emociones.
5. Son el resultado de la interacción del temperamento con las experiencias nocivas o interacciones dolorosas y disfuncionales con los miembros de la familia o cuidadores en la infancia.

Finalmente, se nombrarán y describirán brevemente los 18 esquemas tempranos inadaptados propuestos por Young y Klosko (2007) que se relacionan con las necesidades básicas que se exponen más adelante, cuando estas no han sido satisfechas adecuadamente. Estos esquemas a su vez se agrupan, en cinco dimensiones o dominios (véase Tabla 4):

1) Desconexión y rechazo

1. Abandono/Inestabilidad. La percepción de inestabilidad o de poca seguridad, de que se dispone de soporte y relación con los demás.

2. Desconfianza/Abuso. La expectativa de que los otros lo herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán.

3. Privación emocional. La expectativa de que sus deseos propios de tener un grado normal de soporte emocional (i.e., cuidado, empatía o protección) no se satisfacerán adecuadamente con los otros.

4. Defectuosidad/Vergüenza. El sentimiento que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o de que uno sería no querido de forma significativa por los demás si se muestra tal como es.

5. Aislamiento social/Alienación. La sensación de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.

2) Trastornos de autonomía y rendimiento

6. Dependencia/Incompetencia. Creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin considerable ayuda de los demás.

7. Vulnerabilidad al peligro. Miedo exagerado a que una 'fortuita/azarosa' catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla. Los miedos son médicos, emocionales, naturales/fobia.

8. Apego inmaduro independiente. Emocionalmente se encuentra excesivamente implicado y unido con una o más personas significativas -a menudo los padres-, a expensas de una completa individualización o un desarrollo social normal.

9. Fracaso. La creencia de que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que fundamentalmente resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales, en áreas de rendimiento (e.g., escuela, carrera, deportes, etc.).

3) Límites insuficientes

10. Grandiosidad. La creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.

11. Insuficiente autocontrol. Dificultad persistente o negativa de emplear o usar el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos, o contener/reprimir de forma excesiva la expresión de sus emociones e impulsos.

4) Focalización en los otros

12. Subyugación. Excesivamente entregados/abandonados al control de los demás porque uno se siente cohesionado: usualmente para evitar la cólera, represalias o el abandono. Las dos formas más importantes son la subyugación de necesidades y de emociones.

13. Autosacrificio. Excesivamente centrado de forma voluntaria en las necesidades de los demás en las situaciones diarias, a expensas de su propia gratificación.

14. Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento. Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento, o atención en los demás, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo. Su autoestima depende principalmente de las reacciones de los demás más que de sus propias inclinaciones naturales.

5) Hipervigilancia e inhibición

15. Negatividad -eventos controlables-. Una penetrante focalización de toda la vida en los aspectos negativos de la cotidianidad, mientras minimizan o niegan los aspectos positivos u optimistas, o una exagerada expectativa de que las cosas saldrán seriamente mal.

16. Inhibición emocional. Excesiva inhibición de la acción espontánea, sentimientos o comunicación, por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico; o para evitar cometer errores, la desaprobación de los demás, catástrofe y caos, o la pérdida de control de los propios impulsos.

17. Metas inalcanzables. La creencia profunda que uno debe esforzarse por encontrar unos estándares internos de conducta y rendimientos muy elevados, normalmente para evitar las críticas.

18. Castigo. La creencia que las personas deben ser duramente castigadas al cometer errores, incluso él mismo.

Orígenes y clasificación de los esquemas

Según este modelo, los ETI se originan en *necesidades emocionales insatisfechas* en la infancia. Éstas son necesidades básicas que todo niño tiene que tener cubiertas y debe aprender a compensarlas con sus padres, familia y el grupo de pares, con el fin de conseguir un óptimo desarrollo y funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida. Estas cinco necesidades universales según Young y Klosko (2007) se enuncian como:

- Pertenencia. Integrada por:
 - Seguridad
 - Estabilidad
 - Afecto, cariño
 - Aceptación
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar emociones y deseos válidos.
- Espontaneidad y juego.
- Límites realistas y autocontrol.

Finalmente, es importante señalar que Young y Klosko, (2007) han observado que existen cuatro tipos de experiencias vitales que promueven la aparición de los esquemas. La primera es la que denominan *frustración tóxica de las necesidades* que se produce cuando el niño recibe ‘muy poco de algo bueno’ y adquiere esquemas tales como la Privación emocional o Abandono/Inestabilidad, debido a ciertas deficiencias en su ambiente temprano. De esta manera, el ambiente del niño está perdiendo estabilidad, comprensión o amor. El segundo tipo de experiencia tóxica temprana hace referencia a la *traumatización*; en este sentido, el niño es dañado, criticado, controlado o victimizado. Estas experiencias llevan a que desarrolle esquemas tales como Abuso/Desconfianza, o Vulnerabilidad al peligro. Con respecto al tercer tipo de experiencia tóxica, el niño recibe *demasiado de algo bueno*, es decir, los padres brindan al niño demasiado de algo que, en moderación, es saludable para él mismo, lo que a su vez contribuye a generar esquemas tales como Dependencia funcional o Grandiosidad. Por último, el cuarto tipo de experiencia tóxica consiste en la *interiorización selectiva o identificación con otros significativos*. Con respecto a este tipo de experiencia, el niño se identifica de manera selectiva e interioriza los

pensamientos, las sensaciones y las experiencias de sus padres, en otras palabras, el niño lo que hace es interiorizar los esquemas de sus padres, lo que da lugar a que se origine, por ejemplo, el esquema de Vulnerabilidad.

Los estilos y respuestas de afrontamiento

Existen tres estilos desadaptativos de afrontamiento ante la frustración de las necesidades emocionales que mencionamos anteriormente. Se los puede definir como formas de hacer frente a las necesidades básicas, a los conflictos y a las situaciones estresantes, que refuerzan y mantienen a los ETI, y que empiezan de manera temprana para permitir una adaptación a los esquemas, para no experimentar las intensas y arrolladoras emociones que estos engendran (Young & Klosko, 2007). Los tres estilos de afrontamiento desadaptativos hacen referencia a las tres respuestas básicas ante la amenaza: la lucha, la huida y el quedarse inmóvil; específicamente lucha es *sobrecompensación*, huida es *evitación* y quedarse inmóvil es *rendición*. Es importante tener en cuenta que si bien estos estilos de respuesta fueron posiblemente funcionales y útiles en la infancia, en la edad adulta podrían resultar disfuncionales porque no permiten adaptarse de una manera saludable y, por lo tanto, impiden la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos (Young & Klosko, 2007). Los pacientes suelen referirse a estas cosas como ‘lo que nos hacen tropezar una y otra vez, con la misma piedra’. Los tres estilos de afrontamiento descritos por Young y Klosko (2007) son:

1. *Sobre-compensación*. Hace referencia a conductas, pensamientos y sentimientos con los que el sujeto intenta superar y hacer frente a un esquema. Muchas veces se pueden manifestar como conductas o estilos de funcionamiento totalmente contrarios a los que esperamos según el esquema en cuestión o el esquema predominante. Son intentos parciales de hacerle frente al mismo y a las emociones que generaría su activación, aunque como son excesivos o exagerados, habitualmente terminan en la activación del esquema. Entonces, si una persona fue sometida en la infancia, ahora es desafiante; si fueron controlados, desafían toda forma de influencia sobre ellos; tener un estilo de vida completamente

autosuficiente y aparentando que nunca necesita nada, puede ser un intento de compensar sentimientos y creencias de incompetencia.

2. **Evitación.** Consiste en estrategias cognitivas, emocionales o conductuales con las cuales el sujeto intenta eludir los pensamientos o las situaciones que pudieran activar el esquema y la experimentación de la intensa emoción o tono emocional que le acompaña. Su instauración se realizaría por condicionamiento aversivo. Estos procesos pueden ser automáticos o intencionales, y se van desarrollando a lo largo de la vida del individuo. Explicarían por ejemplo la falta de expresión emocional ante eventos traumáticos, o el olvido de elementos autobiográficos significativos, como por ejemplo, malos tratos, abusos sexuales, etc.
3. **Rendición.** Consiste en aceptar plenamente y favorecer el cumplimiento o confirmación del esquema. Los pacientes buscan las relaciones que reiterarán las situaciones generadoras del esquema o reaccionan con excesiva intensidad emotiva ante disparadores del esquema. Por ejemplo, reiteran parejas abusivas o descalificadoras o generan reacciones negativas en otros y responden con exacerbado resentimiento o depresión ante esas reacciones.

Finalmente, se denomina *respuestas de afrontamiento* a las conductas concretas que se desarrollan de acuerdo a los esquemas y a los estilos de afrontamiento de cada paciente (Young & Klosko, 2007). Para una mejor comprensión de los conceptos antes descriptos, en la Figura 1 se los esquematiza.

Operaciones de los esquemas

Young y Klosko (2007) reagruparon los estilos de afrontamiento desadaptativos en dos operaciones básicas de los esquemas:

1. **La perpetuación.** Incluye todo lo que hace el paciente (i.e., pensamientos, emociones o conductas) que sostiene y perpetúa al esquema.
2. **La sanación.** Incluye todo lo que haga el paciente que produzca la disminución de cualquiera de los componentes del esquema. Este sería el objetivo de la terapia, que implica disminuir la intensidad de los recuerdos conectados con el esquema, la carga emocional, la intensidad de las sensaciones corporales y las cogniciones desadaptativas. Esto también conlleva un cambio de la conducta, donde el paciente reemplaza los estilos de afrontamiento desadaptativos por patrones conductuales adaptativos.

Los modos

Las personas no tienen sus esquemas permanentemente activos, sino que éstos se activan en determinados momentos. A su vez, las personas disponen de diversos estilos de afrontamiento, pero no siempre los están utilizando. Frente a determinados disparadores la persona activa alguno(s) de sus esquemas. A su vez los esquemas activos despliegan alguno de los varios estilos de afrontamiento característicos de la persona, concretado en cada caso en una de las conductas posibles dentro de ese estilo.

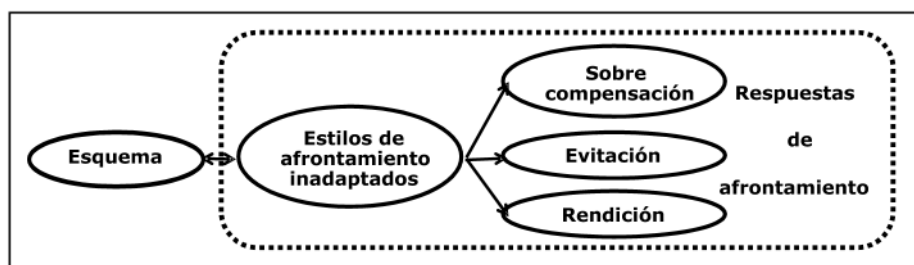


Figura 1. Estilos de afrontamiento inadaptados.
Fuente: Lopez Pell et al., 2011.

Sin embargo, podemos observar que ciertos esquemas y estilos de afrontamiento se disparan juntos. A estos esquemas y/o estilos de afrontamiento agrupados se les ha denominado *modos* (véase Figura 2). Los Modos hacen referencia a partes del sí mismo que contienen ETI y sus respectivos estilos de afrontamiento, los cuales no han sido integrados en una personalidad consistente. Los Modos consisten así en pensamientos, emociones y conductas relacionadas que forman parte de un patrón recurrente en la vida del sujeto. Los Modos son temporales y se activan ante determinados estresores (Young, Klosko & Wheishar, 2003).

Las personas cambian sus *modos* en diversos momentos y ante diversas circunstancias. Asimismo, el concepto de modos en cierta forma se relaciona con un grado de disociación, siendo sus ejemplos más extremos el trastorno de personalidad múltiple y el trastorno de personalidad límite. Por su parte, las personas saludables, aunque exhiben diferentes modos, estos no son muy diferentes entre sí, generalmente son la combinación de varios, y en ellas el sentido de una única identidad permanece intacto.

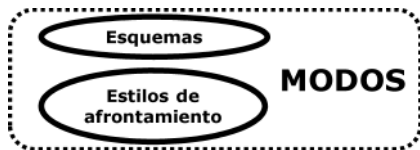


Figura 2. Modos.
Fuente: Lopez Pell et al., 2011.

En general podemos decir que los modos en cada persona pueden variar en sus características dentro de los siguientes parámetros (Young & Klosko, 2007) que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Parámetros modales
Fuente: Lopez Pell et al., 2011

Disociado	↔	Integrado
No consciente	↔	Consciente
Inadaptado	↔	Adaptado
Extremo	↔	Leve
Rígido	↔	Flexible
Puro	↔	Mezclado

Los 10 modos descriptos por Young y Klosko (2007) se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2
Modo
Fuente: Lopez Pell et al., 2011

Modos de niño	1- Niño Vulnerable	Abandonado
		Abusado
		Carente de afecto
		Rechazado
	2- Niño Enojado	
Modos disfuncionales de afrontamiento	3- Niño Impulsivo- Indisciplinado	
	4- Niño Feliz	
	5- Sumiso-Claudicante	
Modos parentales disfuncionales	6- Distanciado Protector	
	7- Sobre-compensador	
Modo funcional	8- Padre Punitivo	
	9- Padre Demandante	
	10- Adulto Saludable	

Según este modelo, podemos pensar que los Modos de niño son innatos y representan el campo emotivo de los seres humanos (Young & Klosko, 2007). Describirían el estilo emocional del paciente, y se le presupone influencia de variables temperamentales. Si bien los acontecimientos o circunstancias de la infancia pueden reducir, anular o incrementar los modos de niño, todas las personas nacen con la capacidad de manifestarlos.

- El modo *Niño Vulnerable* es considerado nuclear para el abordaje de los modos y el más importante para sanar. Este modo se puede ver como la conducta de un niño asustado, triste o incapaz, necesitado del cuidado, que no tiene, de los adultos. El esquema y la causa de este modo puede ser alguno de los siguientes: 'Abandonado' (i.e., haber sido dejado solo), 'abusado' (i.e., haber sido muy castigado o maltratado), 'carente de afecto' (i.e., no haber recibido cariño) o 'defectuoso' (i.e., haber sido muy criticado o descalificado). También puede relacionarse con otros esquemas como: 'vulnerable' (i.e., en riesgo de sufrir un daño o de enfermarse), 'dependiente' (i.e., incapaz de desenvolverse sin ayuda) o 'fracasado' (i.e., incapaz de éxito, nunca exitoso). Es decir, el modo Niño Vulnerable puede contener esquemas del dominio I (i.e., desconexión temprana y rechazo), generalmente originados en entornos familiares fríos, lejanos, explosivos, abusivos o impredecibles, o en esquemas del grupo II (i.e., trastornos de autonomía y rendimiento) generalmente originados en entornos familiares sobre-protectores o que desalientan el desempeño independiente o la auto-confianza.

- El modo *Niño Enojado* surge como respuesta a la necesidad de un tratamiento justo no obtenido o a situaciones que activan esquemas de abandono, abuso, sometimiento o falta de afecto. En este modo el paciente se enfurece, grita o reacciona violentamente (e.g., el niño que tiene una 'rabieta' al no obtener algo).

- El modo *Niño Impulsivo* o *Indisciplinado* exhibe poca tolerancia a la frustración o poca capacidad de postergación, realizando cualquier deseo o 'necesidad' sin previsión de consecuencias, sin límites ni consideración hacia los demás. Este modo suele aparecer junto con esquemas del dominio III, como el de 'Derechos/Grandiosidad' o el de 'Insuficiente Auto-control o Autodisciplina'.

- El *Niño Feliz* es el modo propio de una saludable ausencia de activación de esquemas inadaptados.

Los Modos de Estilos de Afrontamiento Desadaptativos se entienden como los estilos de afrontamiento que se van aprendiendo para hacer frente a los Modos de niño, y hacen referencia a cómo las personas resuelven las situaciones conflictivas y manejan las emociones asociadas (Young & Klosko, 2007). Asimismo se corresponden con los tres estilos inadaptados de afrontamientos descriptos con anterioridad:

- El modo *Sumiso* corresponde al estilo 'rendición'. La persona se muestra pasiva, hace todo lo que otras personas desean que haga y puede ser obediente hasta el grado de permitir el abuso o la descalificación, para conservar la relación o evitar reacciones negativas o venganzas.

- El modo *Distanciado* corresponde al estilo 'evitación'. La persona adopta conductas de retraimiento, evitación de situaciones, desconexión de emociones, aislamiento, etc.

- El modo *Sobre-compensador* corresponde al estilo de 'sobre-compensación'. En este modo las personas obran como si fuera verdad todo lo opuesto a su esquema inadaptado. Si se creen defectuosos, actúan como perfectos o superiores a otros; si se creen culpables, acusan a los otros.

Los 'Modos disfuncionales parentales' surgen cuando el paciente incorpora las conductas disfuncionales de sus padres. Sería la voz internalizada de los padres, que correspondería a enseñanzas o mandatos de los padres que en la vida adulta no permiten una adecuada adaptación. Las dos formas más comunes son:

- El *padre castigador*, que critica y sanciona los errores o reprime la expresión de las necesidades del niño.

- El *padre demandante*, que no castiga sino que pretende la perfección, los máximos niveles de realización, y se desilusiona o se muestra defraudado cuando no se cumplen, generando culpa o vergüenza en el niño.

Estos modos parentales disfuncionales suelen encontrarse en casos de severa depresión y en trastornos obsesivo-compulsivos.

Por último, dentro del 'Modo funcional':

- El modo *Adulto saludable* correspondería a todas las cosas buenas del autoconcepto del paciente, que permite generar una sensación de autoeficacia en las propias habilidades, autoestima para poder avanzar y compasión para poder aceptar las experiencias vitales negativas. En las personas saludables, este modo se activa con mayor frecuencia, está casi siempre presente y tiene fuerza suficiente para moderar a los otros modos cuando aparecen.

La finalidad de la terapia es desarrollar y aumentar la presencia y fuerza del modo adulto saludable enseñándole al paciente a moderar, suavizar o 'sanar' a los otros modos (Young & Klosko, 2007).

El temperamento

Como ya se hizo referencia, los modos de niño están influenciados por variables temperamentales. En este sentido, cada niño desde su nacimiento tiene un temperamento distinto, una forma innata de reaccionar emotivamente, de origen biológico y muy estable a través de toda la vida o muy difícil de modificar. Este temperamento interacciona con los acontecimientos de la vida, tanto en la determinación de la respuesta ante determinadas situaciones, favoreciendo ciertas emociones y conductas, como en la generación de las mismas situaciones. Asimismo, el temperamento de cada persona puede definirse de acuerdo a siete parámetros en puntos intermedios entre los dos extremos de cada uno.

Tabla 3
Parámetros temperamentales
Fuente: Lopez Pell et al., 2011

Lábil	↔	No reactivo
Distímico	↔	Optimista
Ansioso	↔	Calmado
Obsesivo	↔	Disperso
Pasivo	↔	Agresivo
Irritable	↔	Contento
Tímido	↔	Sociable

A su vez, el temperamento influye en el estilo de afrontamiento que cada persona desarrolla ante sus esquemas y es un componente importante en la determinación de la forma en que una persona responderá a su entorno. Un estilo de temperamento no es ni bueno ni malo cada estilo tiene tanto ventajas como desventajas. El temperamento es muy resistente al cambio. Sin embargo, el paciente puede aprender a moderar sus respuestas emotivas y a modificar o hasta suprimir algunas conductas disfuncionales favorecidas por su temperamento (Young & Klosko, 2007).

Finalmente y a modo de síntesis en la figura 3 ilustramos los conceptos fundamentales de la Teoría de Esquemas desarrollados a lo largo de este trabajo.

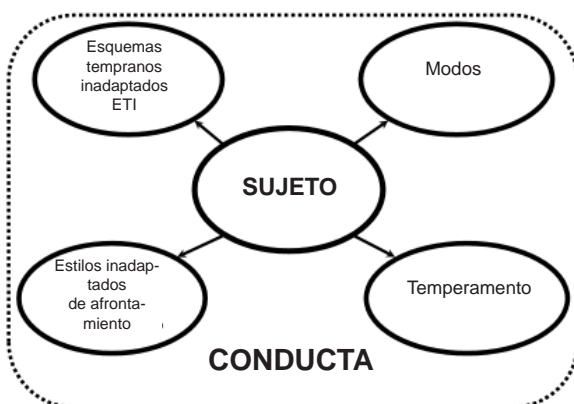


Figura 3. Conceptos fundamentales de la Teoría de Esquemas.
Fuente: Lopez Pell et al., 2011.

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

Dentro del tratamiento de los trastornos de personalidad, la primera etapa es la de *evaluación*, cuyos objetivos según Young (1996) son:

1. Identificar los esquemas centrales de la vida del paciente, hacerlos relevantes en la conciencia, y delimitar su importancia en el funcionamiento psicológico.
2. Unir los esquemas con los problemas actuales y de la historia de vida o experiencial.
3. Hacer entrar al paciente en contacto con las emociones circundantes a estos esquemas.
4. Identificar los estilos de afrontamiento disfuncionales que refuerzan los esquemas.

La evaluación es un proceso de concientización, que implica una construcción conjunta donde terapeuta y paciente identifican cuales son los temas que definen la experiencia -que es dolorosa y que causa sufrimiento emocional-, se acceden a los recuerdos que van configurando las maneras de dar significado al sí mismo -la continuidad y persistencia del sufrimiento-, y se explicitan los estilos de afrontamiento que se utilizan para funcionar en la vida -consecuencias y refuerzo del sufrimiento-. Para lograr esto, muchos son los recursos con los que se cuenta. Entre ellos, los más frecuentes son:

Los cuestionarios

Entre ellos se destacan:

- *Cuestionario de Esquemas de Young* (Young Schema Questionnaire, 2001): Es el instrumento más conocido y consiste en un inventario auto-administrado que evalúa qué Esquemas Tempranos Inadaptados tiene probablemente un paciente. Este cuestionario tiene una versión larga -compuesta por 205 ítems- y una versión corta -de 75 ítems- y sus diferentes versiones han sido adaptadas a numerosas lenguas, tales como holandés (Rijkeboer & van den Bergh, 2004), castellano (Cid, Tejero & Torrubia, 1997; Cid & Torrubia, 2003), coreana (Baranoff, Oei, Seong & Seok-Man, 2006), Portugués (Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003), etc.
- *Inventario de Estilos Parentales de Young* (Young Parenting Inventory, 1994b): Inventario auto-administrado de 72 ítems que identifica el origen probable de cada esquema para un paciente en particular.
- *Inventario de Evitación de Young y Ryght* (Young-Ryght Avoidance Inventory, 1994): Inventario auto-administrado de 40 ítems que mide el grado en que el paciente utiliza diversas formas de evitación del o los esquemas.
- *El Inventario de Compensación de Young* (Young Compensation Inventory, 1995): Inventario auto-administrado de 48 ítems que mide las formas más comunes que un paciente utiliza para sobrecompensar sus esquemas.
- *El Inventario de modos de esquema* (The Schema Mode Inventory, Young, et al, 2007). Inventario auto-administrado de 124 ítems que mide los modos de esquemas.
- *Historia Multimodal de vida* (Lazarus, 2000). Cuestionario auto-administrado que tiene por objetivo la construcción detallada de la historia clínica del sujeto. Se le solicita a la persona que

describa conflictos familiares y características vinculares, entre otros hechos de su infancia y adolescencia.

Los ejercicios de imaginación

Los ejercicios en que el paciente revive emotivamente situaciones perturbadoras han demostrado gran utilidad. El generar nuevamente las emociones propias de las situaciones originales, es el recurso más sólido que disponemos para acceder a los pensamientos que las generan (Young & Klosko, 2007). Aunque en el ejercicio la situación no esté sucediendo realmente, las emociones son reales, y si las emociones son reales es porque están presentes las cogniciones que las generan. Dicho en pocas palabras: el ejercicio de imaginación dispara el esquema en el consultorio. Imaginar la situación permite tener la emoción y la cognición correspondientes en la misma sesión y disponibles en ese momento para la observación del terapeuta y el paciente.

En la práctica, esto se puede instrumentar de muchas formas. Por ejemplo, una forma de frecuente utilidad consiste en hacer que el paciente primero reviva en imaginación la situación que le generó la respuesta disfuncional o la emoción disfuncional actual. Luego, se le pide recordar situaciones anteriores, hasta llegar a una experiencia de su infancia en que sintió lo mismo. Esto suele conectar al paciente con la situación traumática que dio origen al esquema temprano inadaptado. El reconocimiento de esa situación, la comparación y diferenciación de la actual, la resignificación de la situación primitiva y otros ejercicios de fuerte contenido emotivo, característicos del psicodrama, suelen superar en eficacia a los simplemente cognitivos tradicionales.

El obstáculo más frecuente a este recurso parece ser el estilo evitativo, que se manifiesta cuando el paciente presenta dificultades, se resiste o 'no puede' hacer estos ejercicios (Young & Klosko, 2007). En primer lugar, esta dificultad es útil para conocer su estilo y también puede superarse, lentamente, con la discusión del problema y/o con ejercicios menos comprometidos al comienzo.

Las preguntas y los reportes

Las preguntas directas al paciente y los informes del paciente solicitados y presentados de diversas maneras, son también un recurso válido para conocer su temperamento, sus esquemas, sus modos, estilos de afrontamiento, etc.

La conducta en la terapia

La observación de la conducta del paciente en la terapia, en su relación con el terapeuta, en las tareas asignadas, etc. es otra forma natural y válida de conocer su temperamento, sus esquemas, sus modos, estilos de afrontamiento, etc. Su relación con el terapeuta muestra sus modos, de la misma manera que puede mostrar los modos del terapeuta.

Relato de su historia

La historia del paciente, los hechos que le sucedieron, la forma en que reaccionó, cómo reaccionaron los otros, incluyendo los principales acontecimientos de su infancia, y especialmente los traumáticos, son otra forma posible de acceder a sus esquemas, modos, etc. Por eso, esta es una información importante en esta etapa.

Otros recursos

Existen muchos recursos posibles, ya que el modelo no descarta ninguno. Entre otros posibles, se encuentra el relato -o representación- de los sueños, especialmente los reiterados y/o con mucho contenido emotivo. El contenido de la Tabla 6 servirá para poder integrar estos recursos a la conceptualización del caso.

SÍNTESIS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO POR YOUNG, KLOSKO Y WHEISHAR (2003)

Luego de haber llevado a cabo, junto con el paciente, una adecuada evaluación de los aspectos centrales antes planteados, tendrá lugar una segunda fase denominada *proceso de cambio* (Young & Klosko, 2007). Esta etapa tiene como objetivo principal de tratamiento un cambio en los esquemas y estilos de afrontamiento identificados, lo que significaría en mayor o menor grado: (a) un cambio en la forma de verse a sí mismo; (b) una consecución de unos patrones de vida más flexibles -modificación de estilos de afrontamiento-; (c) una adaptación más óptima a su medio y (d) una disminución del malestar psicológico. Esto implica, por lo general, utilizar diferentes estrategias según los diferentes componentes de los esquemas. Para ello, el terapeuta despliega una amplia gama de técnicas y recursos que debe intentar mezclar de una forma flexible y creativa, de acuerdo a cada

caso y paciente en particular. Estas técnicas y recursos, hacen referencia a estrategias cognitivas, experienciales, conductuales, e interpersonales que se describen a continuación:

Las Estrategias Cognitivas

Según lo expuesto por Young y Klosko (2007) el objetivo de la utilización de estrategias cognitivas es desarrollar *una voz saludable* para crear una distancia. Es decir, se trata de poner a prueba lo inadecuado del esquema desde la distancia cognitiva. Para ello es necesario conocer qué experiencias están asociadas al esquema aportando evidencias que mantienen al mismo. Las técnicas que se utilizan mayoritariamente provienen de la terapia cognitiva, siendo las más utilizadas:

- Revisar las evidencias o argumentos a favor y en contra del esquema. Hacer las listas de ellas y discutir las.
- Discutir y evaluar nuevas interpretaciones posibles de las evidencias presentadas a favor del esquema, de acuerdo a puntos de vista más maduros y amplios.
- Evaluar beneficios vs. desventajas de los estilos de afrontamiento del paciente.
- Role-play de diálogos entre el 'lado del esquema' y el 'lado sano', cambiando roles con el terapeuta.
- Escribir y disponer de tarjetas de afrontamiento (i.e., *flashcards*) donde se pueden leer los argumentos y pensamientos apropiados para enfrentar el esquema cuando se activa.
- Utilizar el *Registro Diario de Esquemas* (Young, 1993) donde el paciente registra los siguientes datos: disparador, emoción, pensamiento, conducta real, esquemas, punto de vista saludable, consideraciones realistas, sobre-reacciones, conducta saludable.

Las Estrategias Experienciales

Pueden también denominarse 'técnicas emotivas' por la importancia del compromiso emotivo que incluyen (Cid, 2009). Tienen como objetivo activar las emociones conectadas con los esquemas y habilitar al paciente mediante la descarga del dolor temprano, para así satisfacer de manera parcial las necesidades emocionales no cubiertas. Esto permite al paciente no sólo creer que los esquemas son falsos, sino también sentir que emocional-

mente lo son. Young et al (2003) propone las siguientes técnicas:

Técnicas de imaginación -o dramatizaciones-

Las actuaciones, usando los recursos del psicodrama (Moreno, 1975) (Blatner, 1996) (Blatner & Blatner, 1988) permiten la implicación emotiva necesaria para actuar sobre los esquemas.

- *Diálogos*. Pueden ser con las personas que originaron sus esquemas disfuncionales. Además, puede ser útil para expresar sentimientos, por ejemplo, la ira puede servir para confirmar sus derechos, pero en un segundo paso se recomienda seguir con este recurso para lograr la integración, la comprensión de la situación, la liberación de la culpa y mejorar el nivel de auto estima del paciente.

- *Re-actuación parental*. En esta estrategia, el terapeuta solicita entrar en la escena imaginada y así brinda la contención o reparación desde el lugar del padre o simplemente desde el 'adulto saludable'. Luego lo hará el mismo cliente, intercambiando roles, inicialmente con la ayuda del terapeuta. Estos diálogos del paciente 'niño' con el paciente 'adulto', o del paciente con 'el anciano sabio' han sido largamente utilizados por el psicodrama y por otras escuelas como la gestalt, durante más de 50 años con excelentes resultados.

- *Recuerdos traumáticos*. Este ejercicio brinda en primer lugar la liberación de los sentimientos hasta ahora bloqueados para lograr su lenta aceptación e integración, a veces en sucesivos pasos con reiteradas experiencias. En segundo lugar brinda la posibilidad de integrar la acción reparadora del 'adulto saludable' como se explicó en el ejercicio anterior.

- *Modificación de patrones*. Imaginarse actuando en formas alternativas, diferentes a sus pautas disfuncionales es una preparación, un ensayo de menor riesgo, para poder hacerlo luego con mayor nivel de riesgo en la vida real. Primero la imaginación, luego la dramatización y finalmente la vida real, son grados crecientes de 'riesgo' para lograr vencer progresivamente el miedo a las nuevas conductas.

Otras tareas y técnicas

- *Escribir una carta*. Una técnica experiencial frecuentemente útil es escribir una carta -o varias- a uno de los padres o a la persona que haya generado la situación traumática o el esquema temprano inadaptado. La carta podría incluir

cómo se sintió el cliente ante esas situaciones y lo que no pudo decir. Es un ejercicio menos difícil que la fantasía de estar enfrente a la persona y suele brindar similares beneficios. Esto no incluye, y en general no se recomienda, enviar la carta realmente a la persona, a menos que se hayan evaluado bien las posibles consecuencias y asegurado de que serán positivas -lo cual es poco probable en la mayoría de los casos-, y porque el objetivo se logra sin necesidad de esto.

Más opciones: Medicación, trabajo corporal, etc.

Cuando se encuentran dificultades, se puede recurrir a recursos adicionales, como la medicación para disminuir -pero nunca suprimir- la ansiedad ante las nuevas tareas. También hay muchos recursos como las técnicas de relajación y otros propios de las técnicas corporales, desarrollados por la terapia gestalt (Kepner, 1987), por el análisis de la relación (Lapierre & Aucouturier, 1990), y por otras escuelas, que pueden ser útiles con ciertos pacientes para ayudar al proceso de cambio requerido en esta etapa.

Las estrategias conductuales

Luego de realizados los pasos anteriores, el terapeuta se avoca a modificar los patrones de conducta o estilos de afrontamiento inadaptados que perturban al cliente. En esta etapa se trabajará para modificar las conductas disfuncionales pertenecientes a los estilos de *rendición, evitación o sobre-compensación* del paciente, para que puedan ser reemplazados por estilos de afrontamiento más saludables.

Cuando el terapeuta considera que su cliente ha aprendido a reconocer sus esquemas inadaptados cuando son disparados, a entender sus orígenes y a entablar con ellos las discusiones para vencerlos, racional y emotivamente, puede entonces encarar esta etapa final de modificación de sus respuestas inadaptadas, la cual se lleva a cabo de la siguiente manera:

- *Hacer la lista de conductas.* Se elabora de común acuerdo una lista de todas las conductas que merecen ser objeto de cambio. Para ello se trata de analizar distintas áreas de la vida, como el trabajo, las actividades sociales, las relaciones íntimas, etc. ya que cada una puede desarrollar distintos esquemas y/o distintos estilos de afrontamiento. Esto requiere una descripción detallada

de cada situación y conducta, para lo cual a veces puede no ser suficiente la que haga espontáneamente el paciente, que puede estar distorsionando u omitiendo cosas. La observación de sus conductas con el terapeuta, lo que surja de ejercicios de imaginación -o dramatizaciones- de situaciones disparadoras y lo que otros allegados al paciente informen, son recursos posibles para asegurar una correcta y completa descripción de las conductas disfuncionales a encarar.

- *Elegir la conducta a modificar.* Ordenadamente se decidirá cuál será la primera conducta a abordar en primer lugar. Como guía general se recomienda elegir primero una conducta claramente determinada, en vez de plantear 'cambios generales de vida'. También es aconsejable comenzar con la que mayores problemas cause al cliente, la que más interfiere con sus metas o deseos, la que mayores deseos o motivos tenga para cambiar. Esto siempre que no resulte demasiado difícil o extenuante para este cliente el trabajo de modificarla.

- *Generar la motivación necesaria.* Sin la motivación necesaria el paciente no realizará el esfuerzo. Para lograrla paciente y terapeuta pueden trabajar en realizar una lista de ventajas y desventajas de seguir con la misma conducta y de cambiar la conducta.

- *Implementar los recursos de cambio más eficaces.* Para este proceso existen todos los recursos conocidos y habituales de las terapias cognitivas conductuales. Algunos de los más eficaces suelen ser: las tarjetas de afrontamiento (i.e., *flash cards*), el ensayo de la nueva conducta en ejercicios de imaginación -o en dramatizaciones-, la asignación permanente al final de cada sesión de tareas a realizar y la revisión de la realización de esas tareas al comienzo de la siguiente sesión.

- *Trabajar con los obstáculos.* Cuando el paciente no hace las tareas, lo fundamental es investigar los motivos para vencerlos. Puede haber causas externas, como acontecimientos imprevistos, una planificación poco clara o precisa, tareas excesivamente difíciles, etc. Pero también puede haber causas internas, como pensamientos, supuestos, esquemas, etc. del paciente referentes a la tarea, a la terapia o a sí mismo que fueron subestimadas o no tenidas en cuenta.

Si la causa es interna se debe discutir con el paciente, como todo pensamiento o esquema disfuncional, hasta lograr superarla.

Si la causa es externa, corresponde modificar la tarea, hacerla menos difícil para ir paso a paso,

o bien reemplazarla por otra. En algunos casos, si la modificación de la conducta elegida resulta demasiado difícil en esta etapa, o si no se puede lograr suficiente motivación para el esfuerzo de cambiarla, puede elegirse comenzar por otra conducta, dejando la anterior para más adelante.

Finalmente, cabe mencionar que para modificar las conductas disfuncionales, se utilizarán estrategias que provienen de las técnicas de la terapia de conducta tales como: entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad, estrategias de autocontrol, exposición graduada a las situaciones temidas, etc.

Las estrategias interpersonales

La relación terapéutica es un elemento de gran importancia en este tipo de trastornos. Young et al (2003) consideran que en la relación terapeuta-paciente de la Terapia de los Esquemas hay dos elementos característicos:

- *La confrontación empática.* Debatir los conceptos y puntos de vista del paciente desde un punto de vista empático, entendiendo sus motivos, sintiendo lo que él siente, 'poniéndonos en su lugar'. Es decir, la confrontación empática implica expresar la comprensión de las razones por las que mantienen el esquema los pacientes, mientras que simultáneamente se les confronta la necesidad de cambio.

- *La re-actuación parental limitada.* Actuar en la forma que hubiera necesitado ese paciente que actúen sus padres y cuya falta consideramos que es la causa de sus esquemas disfuncionales. En otras palabras, brindarle al paciente dentro de la relación terapéutica las necesidades emotivas insatisfechas de la infancia causantes de sus esquemas tempranos inadaptados. En este sentido, puede decirse que el terapeuta se convierte en una figura parental transitoria, pero distinta a la original con respecto a las características causantes del trauma. El terapeuta tratará de actuar de manera claramente diferente a la causante del esquema, tratando así de desarrollar antídotos ante la activación de los esquemas. Finalmente cabe aclarar que hay que estar preparado para la hostilidad del paciente, el criticismo, los enfados, la desganancia, la inhibición, etc.

En síntesis, la fase de cambio es un proceso centrado en la relación terapéutica, en el cual se intenta crear una cierta distancia, primero cognitiva y después emocional, que permita realizar

una re-valoración del sí mismo o autoconcepto, y a su vez, dé lugar al aprendizaje y uso de estrategias que posibiliten un manejo emocional y conductual de las necesidades de la persona que le permitirá una mejor adaptación interpersonal, familiar y social.

GUÍAS ESQUEMATIZADAS PARA PROFESIONALES PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE LA TERAPIA DE ESQUEMAS

Los tratamientos psicológicos para los Trastornos de la personalidad todavía no alcanzan un grado de protocolarización tan específico como para describir las intervenciones para cada sesión. Esto podría deberse, entre otras cosas, a la heterogeneidad de los casos que dificultaría la posibilidad de diseñar un protocolo. Los tratamientos entonces se basan en conceptualizaciones de caso sustentadas teóricamente que después determinan los objetivos y las intervenciones a realizar. La dificultad para conceptualizar desde determinado modelo puede que sea una razón por la que a los psicoterapeutas les costaría realizar el tratamiento más adecuado. Para afrontar este problema hemos diseñado unas 'Guías esquematizadas para profesionales' para mejorar la práctica de la psicoterapia para los trastornos y alteraciones de la personalidad. Estas guías son de una carilla para tenerlas a la vista durante las sesiones a fin conceptualizar los casos y guiar más fácilmente las intervenciones desde este modelo.

La Terapia de Esquemas define las intervenciones terapéuticas en los Trastornos de la Personalidad (TP) en base a una conceptualización del caso idiosincrásica para cada paciente, que se basa en la identificación de los esquemas precoces desadaptativos y los estilos de afrontamiento desadaptativos. El objetivo de las intervenciones en la TE es la curación de los esquemas, esto implica por un lado, disminuir la intensidad de los recuerdos conectados con el esquema, la carga emocional, la intensidad de las sensaciones corporales, y las cogniciones que llevan a sesgos cognitivos; y por otro lado, un cambio de la conducta, donde el paciente reemplaza aquellos estilos de afrontamiento disfuncionales por patrones conductuales más adaptativos.

Cabe aclarar que este trabajo constituye un intento de facilitar la práctica de la TE desarrol-

lada por Young et al (2003). La forma en que se han sistematizado sus principales conceptos, aportes, métodos y técnicas de intervención es una aporte de los autores de este trabajo. En sí se propone una estructura organizativa para facilitar la aplicación clínica del modelo de TE desarrollado por Young y sus colaboradores.

La estructura del de este apartado se basa, en primer lugar, en la identificación de las estrategias de intervención paso a paso de la TE en los TP en el modelo original o donde los esquemas se trabajarían según un modelo de rasgos de personalidad (Young, 1990; 1994a; 2003) y que es aplicable a los TP, que en el DSM-IV TR (APA, 2002) están organizados en el Cluster A y C, y al TP Histriónico y Antisocial (i.e., trabajar sobre ciertos patrones predominantes en cada personalidad). En segundo lugar, se intentará definir los aspectos clave de la evaluación y la intervención de la TE para cada trastorno. Antes de continuar, es importante señalar que este aspecto se opone a la propuesta de la TE ya que lo interesante del modelo de esquemas es que realiza una aproximación basada en los elementos internos y subjetivos de la personalidad y rehúye del diagnóstico de TP. Es sabido que el diagnóstico de TP está fundamentalmente basado en el repertorio conductual que muestra la persona a lo largo de la vida, que presenta problemas de fiabilidad y que difícilmente guía a la intervención psicológica. Por lo tanto, este punto debe considerarse de manera pragmática, como una herramienta tentativa en formato de guía esquematizada para profesionales. La excepción será con respecto al TP Límite (Arntz & van Genderen, 2009) y Narcisista (Behary, 2008) donde se realizará la guía en base a los modos o estados de ánimo de Esquemas y donde la propuesta de intervención será más consistente al haber estudios empíricos (Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006; Nadort, Arntz, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Spinhoven, van Asselt, Wensing & van Dyck, 2009; Nadort, van Dyck, Smit, Giesen-Bloo, Eikelenboom, Wensing, Spinhoven, Dirksen, Bleecke, van Milligenese, van Vreeswijk & Arntz, 2009) y de casos clínicos que avalan la intervención en los modos esquemas.

Estructura y las estrategias de intervención generales de la TE en los TP

El *modus operandi* de la TE en la evaluación e identificación de los esquemas (ver Tablas 1, 2 y 3) es un proceso de concientización que implica una construcción conjunta donde terapeuta y paciente identifican cuáles son los temas que definen la experiencia (i.e., que es dolorosa y que causa sufrimiento emocional), se acceden a los recuerdos que van configurando las maneras de dar significado del sí mismo (i.e., la continuidad y persistencia del sufrimiento) y se explicitan los estilos de afrontamiento que se utilizan para funcionar en la vida (i.e., consecuencias y refuerzo del sufrimiento). La evaluación termina con la conceptualización del caso que se comparte con el paciente y se identifica la idoneidad de una intervención basada en esquemas y del tipo de intervención: modelo original de rasgos o modos de esquemas. En el caso de los TP del Cluster A y C del DSM-IV TR (2002), utilizaremos los modos de esquemas cuando hay un estilo rígido de afrontamiento evitativo o compensatorio, criticismo y autolesiones, confusión como consecuencia de los conflictos internos y fluctuación muy rápida de estados de ánimo y estilos de afrontamiento (Young, 1996). El trabajo de identificación de los modos de Esquemas es más emocional y la intervención tiene que ver con el proceso de manejo de las emociones y de atribución de significados idiosincrásicos desadaptativos en el aquí y ahora (Cid, 2008).

La fase de cambio (ver Tabla 4) es un proceso donde, centrándose en la relación terapéutica, se intenta crear cierta distancia, primero cognitiva y después emocional que permita realizar una revaloración del sí mismo o autoconcepto que permita el aprendizaje y el uso de estrategias para lograr un manejo emocional y conductual de las necesidades de la persona que permitirán una mejor adaptación interpersonal, familiar y social. En el caso del modelo de rasgos, el orden de estrategias de intervención va a ser primero estrategias de cambio cognitivas, después experienciales y conductuales. Las estrategias de relación terapéutica estarán presentes desde el inicio y se utilizarán en la activación de los esquemas, para poder trabajar en la sesión el impacto de éstos en el paciente y el terapeuta. Conviene resaltar el buen uso de la confrontación empática y la re-actuación parental limitada, como se ha explicado en los apartados introductorios.

Tabla 4
Taxonomía de Esquemas tempranos inadaptados

Taxonomía de Esquemas tempranos inadaptados y sus dominios	
1. Separación y Rechazo	La expectativa de que las propias necesidades de seguridad, defensa, estabilidad, cuidado, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto no se van a satisfacer de forma previsible.
Abandono/Inestabilidad	La percepción de inestabilidad o de poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Incluye la expectativa acerca de que los demás irremediablemente los abandonarán.
Desconfianza/Abuso	La expectativa de que lo herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán.
Privación emocional	La expectativa de que el propio deseo de tener un grado normal de soporte emocional no se encontrará o no será satisfecho de modo adecuado por los demás.
Imperfección/Vergüenza	El sentimiento que se es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que no será querido si se muestra tal como es.
Aislamiento social	El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.
2. Autonomía y Desempeño deteriorados	Expectativas acerca de uno mismo y el ambiente que interfiere con la percepción de su habilidad para separar, sobrevivir, funcionar independientemente o desempeñarse con éxito.
Dependencia/Incompetencia	Creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin considerable ayuda de los demás.
Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad	Miedo exagerado a que una 'fortuita/azarosa' catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla.
Apego/Yo inmaduro	Emocionalmente se encuentra excesivamente implicado y unido con una o más personas significativas (a menudo los padres), a expensas de una completa individualización o un desarrollo social normal.
Fracaso	La creencia que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales o en áreas de rendimiento (escuela, carrera, deportes, etc.) A menudo implica creencias de que uno es estúpido, inepto, sin talento, ignorante, de bajo estatus, con menos éxito que los demás, etc.
3. Límites insuficientes	Deficiencia en los límites internos, en las responsabilidades con los demás o en los objetivos a largo plazo. Conduce a tener dificultades en respetar los derechos de los demás, cooperar con ellos, cumplir obligaciones o delimitar y encontrar objetivos personales realistas.
Grandiosidad	La creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.
Insuficiente autocontrol	Dificultad persistente o negativa de emplear/o usar el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos o contener/reprimir de forma excesiva la expresión de emociones e impulsos.
4. Orientación hacia los Otros	Una focalización en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás a expensas de sus propias necesidades para ganar amor y aprobación, mantener su sentido de unión o relación o evitar represalias. Por lo general implica la supresión y la poca conciencia de considerar su propia cólera e inclinaciones naturales.
Subyugación	Excesivamente entregados o abandonados al control de los demás porque se sienten cohesionados, usualmente para evitar la cólera, represalias o abandono.
Autosacrificio	Excesivamente centrado de forma voluntaria en las necesidades de los demás en las situaciones diarias, a expensas de su propia gratificación.
Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento	Excesivo énfasis en encontrar aprobación, reconocimiento, o atención, o en llevarse bien, a expensas de desarrollar un sentido seguro y verdadero de uno mismo. Su autoestima depende principalmente de las reacciones de los demás.
5. Sobrevigilancia e Inhibición	Excesivo énfasis en controlar sentimientos espontáneos, impulsos y en la elección para evitar cometer errores. Presenta rigidez en las reglas internalizadas y expectativas acerca del rendimiento y conductas éticas, a menudo a expensas de felicidad, autoexpresión, relajación, relaciones cerradas o salud.
Negatividad	Una focalización de toda la vida en los aspectos negativos de la vida (dolor, muerte, pérdida, decepción, conflicto, culpa, resentimiento, problemas no resueltos, errores potenciales, traición, cosas que pueden ir mal, etc.), mientras minimizan o niegan los aspectos positivos o optimistas.
Inhibición emocional	Excesiva inhibición de la acción espontánea, sentimientos o comunicación, por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico o para evitar cometer errores, la desaprobación de los demás, catástrofe y caos o la pérdida de control de los propios impulsos.
Metas Inalcanzables	La creencia profunda que uno debe esforzarse por encontrar unos estándares internos de conducta y rendimientos muy elevados, normalmente para evitar las críticas.
Castigo	La creencia que las personas serán duramente castigadas al cometer errores.

Tabla 5
Taxonomía de Estilos de Afrontamiento Desadaptativos

Estilos de Afrontamiento Desadaptativos		
Sobrecompensación	Agresión/Hostilidad	Contraataca desafiando, abusando, culpando, atacando o criticando a los demás.
	Dominancia/ Excesiva autoafirmación	Controla a los demás haciendo referencia de manera directa al cumplimiento de los objetivos
	Búsqueda de reconocimiento/ Búsqueda de status	Sobrecompensa mediante el intento de impresionar a los demás, un alto rendimiento, status, búsqueda de atención.
	Manipulación Explotación	Encuentra o satisface las necesidades a través de la manipulación <i>encubierta</i> de los demás, de manera seductora o deshonestamente.
	Pasivo-agresivo Rebelión	Se comporta de forma abierta complaciente mientras castiga a los demás o se rebela de forma encubierta demorándose, burlándose, dejando de hacer
	Excesivo orden Obsesionado	Mantiene un estricto orden, mucho autocontrol o altos niveles de predictibilidad a través del orden y la planificación; excesiva adherencia a la rutina o ritual o excesiva precaución. Dedicar un tiempo desmesurado a encontrar la mejor forma de lograr las tareas o evitar resultados negativos.
Mantenimiento	Sumisión Dependencia	Centrado en los demás, cede, busca la filiación, pasivo, dependiente, sumiso, aferrado, evita el conflicto, complace a los demás.
Evitación	Retirado socialmente Excesiva autonomía	Afronta a través del aislamiento social, desconexión, y la retirada. Puede mostrarse, de manera exagerada, más centrado en la independencia y autosuficiencia que en estar implicado con los demás. Algunas veces se retira en actividades privadas como ver excesivamente la televisión, leer, jugar, trabajo solitario, etc.
	Búsqueda Compulsiva de Estimulación:	Busca excitación o distracción a través de la compra compulsiva, sexo, tomar riesgos, actividades físicas, novedades, etc.
	Tranquilización adictiva (Automedicación)	Evita a través de adicciones que implican el cuerpo, como el alcohol, drogas, comer en exceso, masturbación excesiva, etc.
	Retirado Psicológicamente	Afronta mediante la disociación, negación, fantasía u otras formas <i>internas</i> de escape psicológico.

Tabla 6
Paso a paso la Evaluación y Conceptualización en la TE

Evaluación e Identificación de los esquemas en la Terapia de Esquemas	
Objetivos	Proceso/Técnicas
Identificar los esquemas centrales	El Presente: centrada en los problemas actuales y situaciones de la vida actual. Se intenta conectar los síntomas presentes con los problemas de la vida. El terapeuta empieza a hacer conexiones entre emociones, síntomas, problemas de la vida y los esquemas (denominados al inicio patrones). La entrevista se centra en la identificación de aquellos patrones de larga duración que caracterizan la vida actual de los pacientes. Los Patrones se hacen relevantes y se delimita su importancia en el funcionamiento psicológico. Se consideran <i>Hipótesis de Esquemas</i> a confirmar en la evaluación.
Unir los esquemas con los problemas actuales y de la historia de vida (experiencias de vida)	El Pasado: centrada en la historia de la vida donde se busca identificar los patrones aprendidos que actúan en la actualidad. Se realiza una evaluación evolutiva donde paciente y terapeuta exploran la historia de la vida a través de las experiencias y recuerdos que tienen una mayor significación, asociados a malestar y sufrimiento Doble análisis: el primero centrado en los últimos 5 años donde se establece el estilo de funcionamiento y los patrones más característicos de la vida adulta del paciente en las distintas áreas de la vida (pareja, trabajo, amigos, ocio, expectativas, aspiraciones y deseos). El segundo, más evolutivo, empieza desde los primeros años de vida y continúa por la infancia y la adolescencia. A nivel de proceso: a) No sólo se busca conocer el clima emocional de crecimiento sino también se describen las relaciones significativas con los padres, familia extensa, amigos y los recuerdos traumáticos. Se intenta establecer los estilos de relación y cómo se van configurando los patrones de larga evolución y el estilo de funcionamiento. b) se intentan delimitar las necesidades básicas no cubiertas, cómo el paciente las interpretaba e interpreta para obtener información del contenido del esquema c) También es importante ir configurando cuál es el estilo de afrontamiento ante esas situaciones: evitación (rendirse), mantenimiento (aceptar) y sobre-compensación (luchar). Una herramienta útil para facilitar la apertura en esta fase es el Inventario de la Historia de la Vida de Lazarus. También se pueden utilizar diarios personales, fotografías.
Identificación de los Esquemas	Evaluación de los esquemas: para ello debe administrarse el Cuestionario de Esquemas de Young (CEY). Una vez codificado se identifica la lista de esquemas para posteriormente realizar la devolución del CEY. Esta se realiza en una sesión o en distintas sesiones en función del paciente. El objetivo de devolución va más allá de describir los resultados del cuestionario si no que: (a) debe añadirse la información obtenida en las dos fases anteriores, buscando las coherencias e inconsistencias de la información aportada mediante la clarificación de contenidos; (b) debe empezarse la educación del concepto de esquemas y cómo funcionan; (c) debe proporcionarse ejemplos que faciliten un aumento de conciencia respecto las formas de dar significado al mundo y a sus experiencias; (d) deben describirse los esquemas, etiquetándolos de forma significativa para el sujeto, ya sea poniéndole nombres o metafóricamente el esquema. Educación de los esquemas: se fomenta con material de auto-ayuda como la Guía del Cliente de la Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas o se recomienda el libro de autoayuda de la Terapia de esquemas "Reinventar tu Vida" (Young & Klosko, 2001)
Hacer entrar al paciente en contacto con las emociones circundantes a estos esquemas	Activación de Esquemas: acceder a las emociones asociadas a los esquemas. Trabajo centrado en descubrir las emociones circundantes a los esquemas, ya sea reforzando, evitando o compensando. Técnicas en la sesión (<i>Imaginación</i>). De manera <i>exploratoria</i> para unir las emociones que se sienten en la actualidad con las emociones del pasado y para explorar la continuidad de los esquemas (recuerdos familiares, interacciones significativas con los padres). Fuera de la sesión: visualización de películas, lectura de libros, experimentos conductuales.
Identificar Estilos de Afrontamiento	Esta fase se caracteriza por aquellas estrategias que permiten identificar los estilos de afrontamiento desadaptativos que mantienen a los esquemas, ya sea reforzando, evitando o compensando. Explorar los estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas, el estrés, los problemas no esperados e imprevistos del día a día, las situaciones que se evitan. Diferenciar las respuestas que se utilizan para afrontar algunas situaciones del día a día de aquellos patrones de respuestas de afrontamiento que son más independientes de la situación y que se utilizan de manera más generalizada en distintas situaciones y configuran por sí mismas un estilo de afrontamiento. Identificar el grado de éxito o fracaso de las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo. No se puede presuponer que todas las respuestas de afrontamiento perpetuarán los esquemas.
Conceptualización del caso según TE	La fase de evaluación finaliza cuando el clínico puede realizar una conceptualización del caso en función de los estilos de funcionamiento cognitivo, conductual, emocional e interpersonal. Descripción del temperamento y recuerdos más significativos o traumáticos. Explicarla al paciente, obtener feedback para ajustarla y que sea aceptada como guía de la fase de tratamiento. El paciente tiene que entender que esta va a ser la hoja de ruta del tratamiento entendiendo que todo esto es un proceso dinámico que se reevalúa durante el mismo. Definir accesibilidad tratamiento TE, tipo de tratamiento TE (rasgos o Modos) o necesidad de tratamiento Eje I previo (en el caso adicciones, trastornos ansiedad). Ajustar y clarificar objetivos del cambio, las características del cambio (no lineal, sino gradual con retrocesos, y necesidad de tolerar cierto grado de malestar emocional), y expectativas de cambio (proceso largo).

Terapia de esquemas para los trastornos de personalidad y el intento de protocolizarla mediante las guías esquematizadas para profesionales

Tal como hemos especificado en la introducción, es un ejercicio arriesgado realizar una aproximación de la TE trastorno por trastorno. Ya que ésta rehúye del diagnóstico de TP (i.e., categorial o dimensional) e intenta operacionalizarlos en función de esquemas, estilos de afrontamiento desadaptativos y modos de esquemas, en base a la experiencia subjetiva de la persona y del proceso de atribución de significados cognitivo-emocionales que presenta. El modelo de trabajo que se ha propuesto para los TP permite flexibilizar y adaptar las intervenciones a cada trastorno y sobretodo al hecho de que es frecuente encontrar en la clínica cotidiana diagnósticos comórbidos de Trastornos de la Personalidad o diagnósticos mixtos. No obstante, la TE a diferencia de otros modelos de psicoterapia ha desarrollado una serie de cuestionarios como el Cuestionario de Esquemas que permite no sólo evaluar clínicamente los constructos que propone el modelo y realizar una evaluación de resultados de la intervención, sino que permite la realización de investigaciones para poner a prueba las propuestas teóricas que van surgiendo de la asociación de esquemas, estilos de afrontamiento y modos de esquemas para cada TP.

Para diseñar las guías esquematizadas para profesionales se ha seguido el procedimiento que se explica a continuación. Para cada TP se han analizado los resultados de las investigaciones realizadas con los Cuestionarios de Esquemas (i.e., en su versiones original y la reducida). Así, en función de los resultados, se describirán los esquemas encontrados en base a resultados de investigación. En los casos en que no se han encontrado resultados empíricos, se describen las propuestas teóricas realizadas por diferentes autores que también se dedicaron al tema de los esquemas en cada Trastorno de la Personalidad. Puede consultarse para más detalles los trabajos de Bernstein (2002), Sperry (2005) y Arntz y Van Genderen (2009). Respecto a los Modos de Esquema cabe realizar una aclaración, la investigación en este campo está en sus fases iniciales, la mayoría de los resultados son producto de análisis de correlación entre los Modos de Esquemas y los Trastornos de la Personalidad, evaluados

mediante entrevistas estructurada para los TP (Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2007; Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2008). Se incluyen los resultados encontrados en las primeras investigaciones debido a que pueden ser de mucha utilidad en el manejo de los casos.

Por último, basándose en los resultados de las investigaciones, en la literatura de la TE y la experiencia clínica de la aplicación de la TE, se realizará una aproximación a las dos fases de la intervención de la TE (i.e., evaluación e intervención). En la evaluación se describirán las estrategias más adecuadas para realizar una correcta conceptualización del caso. En la intervención se describirán el cambio cognitivo, emocional, relación terapéutica y conductual que se debe realizar de los principales esquemas encontrados en la investigación. Esta aproximación debe considerarse como tentativa y teórica. Cuando se utilice en la práctica clínica debe entenderse como una aproximación posible, como una prueba de hipótesis a contrastar, y no como una manualización paso a paso. Por ello, es posible que los esquemas que se plantean para los TP no se encuentren en las personas que reciban tal diagnóstico. El objetivo que se pretende es acercar al lector cuáles son las estrategias de cambio cognitivo, emocional, interpersonal, y conductual para la mayor parte de esquemas que propone el modelo, y que las pueda adaptar en función de las características de los pacientes. Por este motivo, y una vez descriptos los esquemas más importantes y la estrategia de conceptualización, en la fase de cambio no se describirán todos los esquemas de manera exhaustiva en cada Trastorno de Personalidad. A continuación se definirán qué esquemas predominarían en cada trastorno de personalidad.

A partir de lo recopilado por los distintos autores citados en cada una de las guías esquematizadas que se presentan seguidamente, se decidió describir, dentro del Cluster A, el Esquema de Desconfianza/Abuso para el Trastorno de Personalidad Paranoide, el Esquema de Aislamiento Social para el TP Esquizoide, y los Esquemas de Desconfianza/Abuso y Vulnerabilidad al Peligro para el TP Esquizotípico. Dentro del Cluster B, para el TP Histriónico, los esquemas de Privación Emocional y Grandiosidad. En el TP Antisocial, los esquemas de Privación Emocional e Insuficiente Autocontrol. En el TP Límite y TP Narcisista describiremos la fase de cambio basada en los Modos de

Esquemas. En el Cluster C, describiremos en el TP Evitativo, los Esquemas de Imperfección, Fracaso y Subyugación. En el TP Dependiente el esquema de Abandono y Dependencia.

En el TP Obsesivo Compulsivo describimos el cambio en los esquemas de Inhibición Emocional y Metas Inalcanzables. En el TP Pasivo-Agresivo describimos el cambio de Desconfianza y Fracaso.

Tabla 7

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Paranoide

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Loper (2003) y los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Desconfianza/Abuso	La expectativa de que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán.
	Privación Emocional	La expectativa de que las propias necesidades emocionales de afecto, empatía y cuidado no se encontrarán en los demás.
	Aislamiento Social	El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.
Modos Esquemas	Niño Enfadado	Se siente intensamente enrabado, frustrado o impaciente porque las necesidades emocionales del niño vulnerable no se satisfacen. La muestra de manera inapropiada.
	Niño Enrabado	Experimenta intensos sentimientos de rabia que da como resultado herir o dañar a personas u objetos. Actúa impulsivamente y está fuera de control por la rabia.
	Intimidación y Ataque	Hiere o daña directamente a los demás de una manera estratégica y controlada, ya sea emocionalmente, físicamente, sexualmente, verbalmente o a través de actos antisociales.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación	Proceso / Técnicas de la Evaluación y Conceptualización del caso	
Inicio de la Intervención	Centrarse en los problemas de la demanda y en las emociones. Progresivamente ir explorando el impacto que tienen en su vida. Es necesario ir a su ritmo para que adquiera confianza. Pacientes ponen a prueba el grado de confianza del terapeuta, ponen trampas. Estar preparados y ser genuino ante las respuestas.	
Patrones del pasado	Seguir la misma cautela pero espontaneidad en la realización de la historia de la vida. Centrarse en los últimos 5 años si muestra una inhibición emocional. Progresivamente ir hablando de las relaciones con los padres y grupos de iguales. Identificar posibles carencias emocionales y "traumas".	
Identificación de Esquemas	Administrar cuestionarios cuando el paciente se sienta cómodo y tenga una mínima confianza con el terapeuta. Realizar la devolución progresivamente, explicando aquellas cosas que pueda ir comprendiendo emocionalmente. Revisar el ítem de "abuso físico, psicológico o sexual" y el de las carencias emocionales básicas (cuidado y alimentación). Ser respetuoso ante la posibilidad de recuerdos "traumáticos". A pesar de conocer su existencia, es importante que el paciente lo exprese por sí mismo.	
Activación de Esquemas	La activación de los esquemas en algunos casos puede ser difícil debido a la existencia de recuerdos traumáticos. Es importante centrarse en la conexión emocional presente-pasado y la manera de dar significado al mundo. Es útil en algunos casos centrarse en la emoción de rabia. Seguir la metáfora "No destapes el tarro de las esencias (recuerdos) si no estás seguro de que puedas (ayudar) taparlo".	
Estrategias de Afrontamiento	Conocer las estrategias de afrontamiento para hacer frente a la emoción de rabia, y cómo se configuran los estilos conductuales que van mantenido a los esquemas: Agresión-hostilidad, manipulación, alejamiento. Temperamento: identificar impulsividad y agresividad.	
Conceptualización	Identificar los aspectos del temperamento que influyen en la modulación de las emociones y el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento nuevas.	
Objetivos Cambio	Proceso / Técnicas Cambio de los Esquemas	
Desconfianza/Abuso	Cognitivo	Reducir la "hipervigilancia" de abuso o maltrato. Cambiar el exagerado punto de vista "acerca de los demás" como intencionadamente malos, abusivos, manipuladores o deshonestos. Cambiar el punto de vista de sí mismo como culpable e indefenso del abuso. No excusar al abusador. Enseñar el espectro de maltrato. Trabajar sobre el pensamiento dicotómico.
	Emocional	Recuperar recuerdos de abuso/humillación. Expresar rabia verbalmente y físicamente y al abusador en imaginación. Escribir cartas sobre necesidades emocionales no cubiertas. No enviar las cartas. Encontrar un lugar seguro lejos del abusador.
	Relación Terapéutica	Ser completamente honesto y genuino con el paciente. Preguntar por la confianza e intimidad de forma regular y discutir cualquier sentimiento negativo hacia el terapeuta. Preguntar acerca de la vigilancia ("necesidad de control") en las sesiones. Si es necesario no hacer trabajo experiencial, mientras se esté construyendo la confianza.
	Conductual	Gradualmente confiar en las personas, incrementar el nivel de intimididad, compartir los secretos y memorias del abuso con compañeros (que no sean abusivos). Buscar grupos de soporte con otras víctimas. Elegir parejas o compañeros no abusivos. No abusar de los demás. Castigar menos cuando las personas cometan errores. Poner límites con las personas abusivas. Aprendizaje del Manejo de emociones (rabia, disforia, ansiedad) y de Habilidades Sociales, incluyendo la conducta asertiva.

Tabla 8

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Esquizoide

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquema Predominante	Aislamiento Social	El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso/ Técnicas
Inicio de la Intervención		En sesión, muestran dificultades en expresar lo que les ocurre y alejados del terapeuta. Comunicativamente muestran falta de expresividad e indiferencia. Si sus niveles de ansiedad son elevados entonces observan que son distintos a los demás. El objetivo es ir ganando contacto, que el paciente vaya estando más confortable a pesar de la incomodidad que manifestará. Es probable que primero sean necesarias intervenciones del Eje I para vencer ansiedad o adicciones o intervenciones relacionadas con el aprendizaje de habilidades antes de poder iniciar una TE.
Identificación Esquemas		La administración del Cuestionario de Esquemas y el Cuestionario de Padres en estos casos se recomienda cuando haya una mínima relación terapéutica. El uso de estos puede ser de ayuda para poder empezar a hablar de temas relacionados con uno mismo, con su pasado, de la familia.
Patrones del pasado		Hay que ir a un ritmo pausado, primero centrándose en cómo ha sido su vida los últimos cinco años. Se valorará si hay deterioro funcional y cómo se ha ido produciendo. Es útil a veces comenzar por las situaciones del día a día que le incomodan hacer y después por las que evita. Es necesario a pesar de las dificultades que presentará en áreas del trabajo, relaciones, etc., que se le pregunte por el impacto emocional, y "el significado que tiene para sí mismo: <i>ser diferente a los demás, compararse con los demás y sentirse inferior o incapaz</i> ". En el pasado, observar como se fue construyendo el aislamiento social y delimitar la existencia de carencias de cuidado básicas, lo cual puede indicar la presencia de otros esquemas tales como Privación Emocional.
Estrategias Afrontamiento		Identificar las estrategias afrontamiento, sobretudo las de Evitación de los esquemas Retirado socialmente, Excesiva autonomía, Tranquilización adictiva y la Retirada psicológica. Delimitar la función que tienen en el funcionamiento psicológico del paciente e intentar que observe la conexión esquema-conductas guiadas por el esquema.
Activación Esquemas		La Activación de los Esquemas es difícil saber si se puede realizar o cuándo se podrá realizar. El hecho de cerrar los ojos para realizar imaginación habitualmente no les gusta. Pueden manifestar miedo o dificultades en sentir las emociones que son el nexo entre las situaciones actuales y los recuerdos del pasado. Empezar por escenas de grupo de pares donde se sienta diferente a los demás, puede ser de utilidad.
Conceptualización		Identificar los aspectos temperamentales relacionados con la ansiedad, timidez e impulsividad que pueden influenciar en el manejo emocional y en el aprendizaje de estrategias de relación interpersonal y social. Plantear un cambio progresivo, preparando para las dificultades
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Aislamiento Social	Cognitivo	Cambiar el punto de vista de que uno es indeseable socialmente Cambiar el exagerado punto de vista negativo respecto a la apariencia y las habilidades sociales. Centrarse en las ventajas. Minimizar las diferencias, aumentando las similitudes, con las otras personas.
	Emocional	Imaginación de memorias de ser diferente a los demás, rechazo, o aislamiento. Ventilar emociones negativas hacia el grupo. Recuperar recuerdos donde se sentía aceptado y había contacto social para reforzar cambio.
	Relación Terapéutica	Ir con cuidado en las comparaciones, en el uso de metáforas o analogías, o el sentido del humor en la terapia. Pueden ser no entendidas y causar una percepción de mayor distanciamiento con el terapeuta y con los demás. Estar atento a las situaciones dentro de la sesión en las que el paciente se pueda sentir diferente, inferior o abrumado por la energía del terapeuta. Enfatizar y destacar los atributos sociales positivos. Confrontar la evitación de las situaciones sociales.
	Conductual	Vencer la evitación: listar las situaciones temidas y que se evitan. Aplicar estrategias de exposición graduada. Aprendizaje de habilidades que faciliten la competencia social: entrenamiento en manejo de Emociones y Resolución Problemas. Habilidades sociales y conducta asertiva. La inclusión en un grupo de Terapia para problemas interpersonales puede ser útil. Progresivamente intentar ir haciendo amigos, participar en actividades de la comunidad. Es frecuente que necesiten soporte adicional en esta última área, por parte de otros profesionales.

Tabla 9

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Esquizotípico

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

Esquemas Predominantes	Desconfianza/Abuso	La expectativa que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán.
	Aislamiento Social	Sentimiento de que uno está aislado del mundo, diferente de los demás y no participa de un grupo.
	Vulnerabilidad al Peligro	Miedo exagerado a que una "fortuita/azarosa" catástrofe ocurra en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso / Técnicas
Inicio de la Intervención		La presencia de un TP Esquizotípico, correctamente diagnosticado y una disminución en el GAF de 30 puntos en el último año, puede considerarse un Estado Mental de Alto Riesgo de Desarrollar una Psicosis (Young et al. 2003). La evaluación de EMAR debe realizarse con una evaluación clínica de la psicopatología y una entrevista clínica estructurada: CAARMS y/o SIPS/SOPS. Una vez realizada, la intervención psicológica debe basarse en la TCC para el Eje I o Terapia Cognitiva para EMAR (French & Morrison, 2004). Si esta evoluciona bien, no se da una transición a la psicosis y puede plantearse una intervención basada en el autoconcepto. Se focalizará en las dificultades y problemas no resueltos en el área de autonomía (e.g., Fracaso) y relaciones interpersonales (e.g., desconfianza, aislamiento social e imperfección) (Addington & Tran, 2009). Enunciar los problemas de funcionamiento que presentan en el día a día
Identificación Esquemas		Administrar Cuestionario de Esquemas para perfilar la visión del sí mismo y cómo puede estar involucrada en los problemas de funcionamiento en las áreas de la vida.
Patrones del pasado		Les es muy difícil abrirse y explicar sus experiencias y relaciones. Reformular con cuidado para mostrar comprensión y empatía.
Activación Esquemas		A veces no conviene hacer trabajo de imaginación de entrada, utilizar otras estrategias como la música, fotografías para activar los esquemas dentro de la sesión e identificar emociones y significados experienciales. Empezar por situaciones que evitan para ir venciendo las resistencias. Hacer imaginación con los ojos abiertos y mirando fijamente a un punto del despacho.
Estrategias Afrontamiento		Definir el déficit funcional que presenta. La no adquisición de ciertas habilidades perpetúa los esquemas. Será necesario facilitar el aprendizaje de estas habilidades. Conocer las situaciones que evita, sobretudo el consumo de drogas y delimitar las estrategias de evitación emocional (Tranquilización adictiva) y si el consumo es utilizado como reforzador positivo (confianza ante una situación estresante).
Conceptualización		Definir si el temperamento es pasivo o miedoso para delimitar el repertorio conductual. Delimitar el rol de los padres en desarrollo de los esquemas.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso / Técnicas
Desconfianza/Abuso	Cognitivo	Reducir la "hipervigilancia" de abuso o maltrato. Enseñar el espectro de desconfianza y maltrato. Tonalidades de gris, en vez de todo o nada. Cambiar el punto de vista "acerca de los demás" como intencionadamente malos, abusivos, manipuladores o deshonestos, y "de uno mismo" como culpable del abuso o de estar indefenso. No excusar al abusador.
	Emocional	Recuperar memorias de desconfianza, humillación u abuso. Expresar rabia verbal y físicamente. Escribir cartas sobre necesidades emocionales no cubiertas. No enviar las cartas!.
	Relación Terapéutica	Ser completamente honesto y genuino con el paciente. Preguntar por la confianza e intimidad de forma regular - discutir cualquier sentimiento negativo hacia el terapeuta. Preguntar acerca de la vigilancia ("necesidad de control") en las sesiones. Si es necesario no hacer trabajo experiencial, mientras se esté construyendo la confianza.
	Conductual	Necesitaran soporte de otros profesionales en función del déficit funcional. Esto les ayudará a confiar en las personas. Aprendizaje del Manejo de emociones (rabia, disforia, ansiedad) y de Habilidades Sociales. Dar oportunidades de relación que sean confiables. Cambiar las conductas extravagantes mediante modelado de conducta
Vulnerabilidad al peligro y a la enfermedad	Cognitivo	Hacer balance de pros y contras del miedo y peligros en el presente y en el pasado. Retar la percepción exagerada de daño, peligro y enfermedad.
	Emocional	Imaginación: dialogar con el/los padres "miedoso, fóbico" y "que sobreprotege". Visualizar resultados seguros en las situaciones cotidianas
	Relación Terapéutica	Confrontar la evitación, dar calma, consolar racionalmente. Reforzar cambios y animar al cambio.
	Conductual	Construir una jerarquía de situaciones temidas. Exponerse gradualmente a estas situaciones, vencer la evitación. Manejo de la ansiedad y el miedo.

Tabla 10

Guía esquematizada para el Trastorno Histriónico de la Personalidad

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Abandono	Percepción de inestabilidad o poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Expectativa acerca de que los demás lo abandonarán.
	Privación Emocional	Expectativa de que las propias necesidades emocionales de afecto, empatía y cuidado no se encontrarán en los demás.
	Grandiosidad	La creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.
	Insuficiente Autocontrol	Dificultad persistente o negativa de emplear/o usar el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos, o contener/reprimir de forma excesiva sus emociones e impulsos.
Modos Esquemas	Niño Impulsivo	Se comporta según sus deseos no nucleares o impulsos de manera egoísta o poco controlada para conseguirlos a su manera, muchas veces tiene problemas a la hora de retrasar las gratificaciones inmediatas.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso/ Técnicas
Inicio de la Intervención		Identificar los posibles problemas, emociones y posibles indicadores de esquemas. Aceptar la exageración y la externalización de la causa de sus problemas. Estar atento a las estrategias manipuladoras de seducción para manejarlas de manera adecuada y poder ir construyendo una relación de confianza y seguridad.
Identificación Esquemas		La administración del Cuestionario de Esquemas, ayuda a perfilar la visión del sí mismo del paciente y cómo esta puede estar involucrada en los problemas de funcionamiento en las áreas de la vida. Explicar el concepto de esquema y estrategias de afrontamiento.
Pasado		Activar recuerdos del pasado relacionados con carencias, no cuidado en las relaciones con los padres. Delimitar el papel de los grupos de iguales en la configuración esquemas.
Activación Esquemas		Ir despacio, aparecerán recuerdos con alta carga emocional. No iniciar estrategias de cambio, favorecer la aceptación de las emociones y del dolor. Es importante reencuadrar las sesiones de imaginación para favorecer los elementos de la comprensión cognitiva de cómo funcionan los esquemas.
Estrategias Afrontamiento		Definir las principales estrategias de afrontamiento pero de manera específica valorar la búsqueda de reconocimiento y/o búsqueda del status, la Manipulación y/o Explotación, y la Retirada Psicológica.
Conceptualización		Identificar el rol del temperamento impulsivo, ansioso y búsqueda de aprobación.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Privación emocional	Cognitivo	Cambiar el sentido exagerado de que las personas actuarán o están actuando egoístamente o están actuando privando al paciente (e.g., no los quieren, no los escuchan, no los entienden, no los atienden, no los miman, no los cuidan). Enseñar grados de grises en los niveles de carencia y de cuidado emocional. Aprender y modificar expectativa de que "las necesidades emocionales no se encontrarán o no serán satisfactorias" en las relaciones de intimidad con otros.
	Emocional	Expresar cólera y dolor al padre que privó en imaginación. Preguntar en imaginación a los padres para encontrar las necesidades emocionales. Escribir cartas, expresando dolor y necesidades emocionales no cubiertas. No enviar. Trabajo "dos sillas": Esquema "privación" vs. "Adulto Sano" : Expresar necesidades emocionales no cubiertas y modelar su expresión. Tres sillas si retirada psicológica: 1 fase: "Adulto Sano" vs. "protector alejado". Pedir permiso hablar Privación. 2. "Protector Alejado" vs. "Adulto Sano" vs. "Privación"
	Relación Terapéutica	Proveer una atmósfera cuidadosa de empatía, consejo y atención. Ayudar a los pacientes a expresar los sentimientos de privación sin hiperreaccionar o guardando silencio. Ayudar al paciente a aceptar las limitaciones del terapeuta y tolerar alguna privación, mientras aprecian el cuidado que obtienen. Unir las relaciones con las memorias de recuerdos tempranas (infancia).
	Conductual	Elegir parejas que los cuiden. Preguntar de forma adecuada a las parejas para tener las necesidades emocionales cubiertas. No hiperreaccionar a los niveles de privación con cólera. No alejarse o aislarse cuando los demás los hieran.
Grandiosidad	Cognitivo	Retar el punto de vista de ser especial, con derechos especiales. Estimular la empatía hacia los demás -principio de reciprocidad. Señalar las consecuencias negativas de la grandiosidad.
	Emocional	Acceder a la cara vulnerable: los esquemas subyacentes.
	Relación Terapéutica	Parar de actuar de forma grandiosa balancear las propias necesidades con las de los demás: "Seguir las reglas".
	Conductual	Confrontar la grandiosidad, "ser especial"- poner límites. Dar soporte a la vulnerabilidad. No dar soporte al estatus, poder, etc.

Tabla 11

Guía esquematizada para el Trastorno Antisocial de la Personalidad

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Loper (2003) y los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Desconfianza	La expectativa que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán
	Abandono	Percepción de inestabilidad o poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Incluye la expectativa acerca de que los demás irremediablemente les abandonarán.
	Privación Emocional	La expectativa de que las propias necesidades emocionales de afecto, empatía y cuidado no se encontrarán en los demás.
	Grandiosidad	Creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.
	Insuficiente Autocontrol	Dificultad persistente o negativa de usar el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir sus propios objetivos, o contener/reprimir de forma excesiva sus emociones e impulsos.
Modos Esquemas	Excesiva Compensación	Se siente y se comporta de manera desmesuradamente especial, agresiva, dominante, competitiva, arrogante, condescendiente, devalúa a los demás, hipercontrolado, controlador, rebelde, manipulador, explotador, búsqueda de atención o de la posición social.
	Padre Castigador	Siente que uno mismo o los demás merecen el castigo o la culpa y a menudo actúa según estos sentimientos culpando, castigado o abusando hacia uno mismo (e.g., autolesiones). Este estado de ánimo se refiere al estilo en que las reglas fueron aplicadas, y no tanto a la naturaleza de las reglas.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso/ Técnicas
Inicio de la Intervención		Es difícil que acepten terapia psicológica. Es más factible en contextos de tipo judicial que sea factible realizar algún tipo de aproximación o si están deprimidos. Estar preparados para responder a la manipulación, mentiras, la transgresión de los límites.
Identificación Esquemas		En la administración del Cuestionario de Esquemas, tienden a mentir y a magnificar y minimizar la información. Ir con cautela en su interpretación.
Patrones del Pasado		Es muy difícil que expresen su historia experiencial. Emocionalmente no sintónicos.
Activación Esquemas		Inicialmente puede ser factible no hacer activación esquemas. Es necesaria una sólida confianza. Estar preparados para emociones intensas de rabia y cólera.
Estrategias Afrontamiento		Definir principales estrategias de afrontamiento, sobretudo la sobre-compensación: Agresión u Hostilidad, Dominancia, y Manipulación o Explotación.
Conceptualización		Identificar el rol del temperamento impulsivo y la búsqueda de sensaciones.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Privación emocional	Cognitivo	Cambiar el sentido exagerado de que las personas actuarán o están actuando egoístamente o están actuando al paciente (e.g., no lo quieren, no lo escuchan, no lo entienden, no lo atienden, no lo miman, no lo cuidan). Enseñar grados de grises en los niveles de carencia y de cuidado emocional. Aprender y modificar la expectativa acerca de "las necesidades emocionales no se encontrarán o no serán satisfactorias" en las relaciones de intimidad con los demás.
	Emocional	Expresar cólera y dolor al padre que privó en imaginación. Preguntar en imaginación a los padres para encontrar las necesidades emocionales. Escribir cartas para cada persona, expresando dolor y necesidades emocionales no cubiertas. No enviar. Trabajo "dos sillas": esquema "privación" vs. "Adulto Sano": Expresar necesidades emocionales no cubiertas y modelar su expresión. Tres sillas si retirada psicológica: primera fase: "Adulto Sano" vs. "protector alejado". Pedir permiso hablar Privación. Segunda fase: "Protector Alejado" vs. "Adulto Sano" vs. "Privación".
	Relación Terapéutica	Proveer una atmósfera cuidadosa- empatía, consejo y atención. Ayudar a los pacientes a expresar los sentimientos de privación sin hiperreaccionar o guardando silencio. Ayudar al paciente a aceptar las limitaciones del terapeuta y tolerar alguna privación, mientras aprecian el cuidado que obtienen. Unir las relaciones con las memorias de recuerdos tempranos (infancia).
	Conductual	Elegir parejas que les cuiden. Preguntar de forma adecuada a las parejas para tener las necesidades emocionales cubiertas. No hiperreaccionar a los niveles de privación con cólera. No alejarse o aislarse cuando los demás les hieran.
Insuficiente autocontrol	Cognitivo	Enseñar a valorar gratificaciones a largo plazo versus gratificaciones a corto plazo.
	Emocional	Explorar la conexión con los esquemas (dominio separación rechazo) y el afecto a través de la imaginación.
	Relación Terapéutica	Ser firme, poner límites. Establecer un gradiente de consecuencias asociadas a saltarse límites. Empalazar con necesidades emocionales no cubiertas.
	Conductual	Enseñar autodisciplina a través de tareas estructuradas. Enseñar técnicas de auto-control de las emociones.

Tabla 12

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Límite I

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009), Tineo y Young (2006) y Tineo, Alén, Chajét, Chajét & Sá (2006)

PERFILES MODOS DE ESQUEMAS	
Niño Vulnerable	Se siente solo, débil, solitario, triste, no comprendido, no apoyado, imperfecto, necesitado o privado emocionalmente, abrumado o agobiado, incompetente, duda de sí mismo, necesitado, incapaz o indefenso, desesperado, miedoso, angustiado, preocupado, toman represalias en contra, inútil, no querido, antipático, perdido, sin dirección, frágil, frustrado, oprimido, impotente o ineficaz, ausente, excluido o pesimista.
Protector Aislado	Corta, aísla o cerca las necesidades y los sentimientos, se separa emocionalmente de las personas y rechaza su ayuda, se siente reservado o introvertido, alejado, distraído, desconcertado o separado, despersonalizado, vacío o aburrido, sigue distrayéndose, se auto-tranquiliza o se auto-estimula en actividades ya sea de manera compulsiva o en exceso. Puede adoptar una postura cínica, reservada o pesimista para evitar invertir en personas o actividades.
Niño Enfadado	Se siente intensamente enfadado, enrabiado o enfurecido, furioso, frustrado, impaciente porque las necesidades emocionales (o físicas) nucleares del niño vulnerable no se satisfacen.
Padre Castigador	Siente que uno mismo o los demás merecen el castigo o la culpa y a menudo actúa según estos sentimientos culpando, castigado o abusando hacia uno mismo (e.g., autolesiones). Este estado de ánimo se refiere al estilo en que las reglas fueron aplicadas, y no tanto a la naturaleza de las reglas.
Adulto Sano	Alimenta, valida y afirma al modo del niño vulnerable. Pone límites a los modos del niño enfadado e impulsivo. Promueve y apoya al modo el niño saludable. Combate y eventualmente sustituye a los modos de afrontamiento desadaptativos. Neutraliza o modera a los modos de los padres desadaptativos. Proporciona las funciones apropiadas del adulto tales como trabajar, roles de padres y relaciones con la familia, tomar responsabilidades y comprometerse. Sigue actividades de placer de los adultos tales como el sexo, los intereses intelectuales, estéticos y culturales. El mantenimiento de la salud y de las actividades atléticas.
OBJETIVOS Y ENCUADRE DEL TRATAMIENTO	
Objetivos y Encuadre	Proceso/ Técnicas
Encuadre de tratamiento	Dos sesiones terapia a la semana de 50-60 minutos el primer año. Una sesión a partir del segundo año. Un año y medio a tres años de tratamiento. Alta implicación y accesibilidad del terapeuta. Plantearse la posibilidad de contacto mediante teléfono móvil, fuera de sesión de una manera limitada (situaciones de crisis definidas) para el paciente. Necesidad de supervisión de casos y soporte a través de grupo de pares. La terapia pasará por los distintos objetivos y mantiene la filosofía de tratamiento que proponemos. Las distintas fases que se explican pueden variar del orden que proponemos en la siguiente tabla de intervención. Aunque mantendríamos las estrategias cognitivas, conductuales, emocionales e interpersonales para conseguir el cambio de los esquemas.
Objetivos Tratamiento	Ayudar al paciente a incorporar el Modo de Adulto Sano, modelado a través del terapeuta a través de: Empatizar con y proteger al Niño Abandonado Ayudar al Niño Abandonado a dar y recibir amor Luchar en contra y borrar o minimizar El Padre Castigador Reconectar el Niño Enfadado y Impulsivo para expresar las emociones y necesidades de un modo apropiado, reafirmando los derechos básicos de la infancia Tranquilizar y gradualmente reemplazar el Protector Aislado
Filosofía de Tratamiento	Ver al paciente como un niño vulnerable Realmente necesitado, no codicioso El terapeuta también tiene derechos No culpar cuando se sienta frustrado Desarrollo paralelo del niño Respeto mutuo y sinceridad
Fase Previa o Inicial (6-12 sesiones)	Estos objetivos forman parte de la intervención, son importantes pero lo más importantes es ir construyendo una adecuada relación terapéutica con el paciente Evaluación Diagnóstica y psicométrica de Trastorno Límite de la Personalidad (Arntz & Van Genderen, 2009) Explicar el Trastorno Límite de manera racional en modos de esquemas y cuáles son las fases de intervención. Dar lectura del libro de autoayuda de Reinventa tu vida. Intervención en el Eje I. Tratar la comorbilidad de adicciones, trastornos de ansiedad, depresión, etc previamente al inicio de la Terapia de Esquemas Una vez finalizada esta fase inicial se procede al inicio de la Intervención en TE.

Tabla 13

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Límite II

CURSO DEL TRATAMIENTO		
Fase Inicial		Proceso/ Técnicas
Fase I: Vinculación y Manejo de Emociones		Esta fase en muchos casos es la misma que la anterior, si el proceso diagnóstico de TLP está bien establecido y sino es necesario un tratamiento de Eje I, y puede considerarse un repaso de la primera explicación del TP Límite según el modelo.
Socialización y conceptualización		Socializar y preparar para la intervención. Empatizar con los problemas que le ocurra. Discutir los objetivos de la terapia. Preguntar por las reacciones emocionales. Hablar de la historia de la vida, incluyendo la infancia. Explicar otra vez los Modos de Esquemas
Tranquilizar y Reemplazar el Protector Aislado	Cognitivas	Ayudar al paciente a reconocer las señales del Protector Aislado. Explicar el modo de desarrollo de la infancia y la empatía con su valor de adaptación. Revisión pros y los contras de separarse en el presente, como un adulto. Práctica de diálogos (con dos sillas técnica) entre Protector Aislado y Adulto Sano. Pedir permiso para poder hablar y acceder con el Niño Vulnerable
	Imaginación	Niño Vulnerable. Proceso: ¿Qué está ocurriendo? ¿Qué ves (todos los sentidos)? ¿Quién está contigo? ¿Cuántos años tienes? ¿Cómo te sientes? ¿Qué necesitas? Continuar con la imaginación dependiendo de los modos de emergen en la imagen. Traiga terapeuta en imagen como Adulto Sano para demostrar las respuestas de adaptación a cada modo
Curar al Niño Vulnerable	Relación terapéutica	A través de la reactuación parental limitada ayudar a curar al Niño Vulnerable Validación de las necesidades y sentimientos Cuidar y proporcionar una base estable Fomento de la confianza y de un guía. Ser capaz de elogiar los avances y los cambios. Fomentar la reciprocidad y auto-revelación por parte del terapeuta
Estrategias de Manejo Emocional y Aprendizaje Habilidades	Cognitivas	Diario de Esquemas y Tarjeta Recordatorio
	Conductuales	Aprendizaje de estrategias de regulación emocional y de Tolerancia al Malestar emocional. Práctica de la Meditación o Conciencia Plena (Mindfulness). Entrenamiento en Asertividad. Fomentar la realización de Actividades Placenteras, ya sean de ocio y/o tiempo libre.
Fase II. Cambio M. Esquemas		Proceso/ Técnicas
Combatir el Padre Castigador	Cognitivas	Educación acerca de las necesidades universales y los sentimientos. Reatribución del rechazo de la infancia a problemas o temas de los padres. Enfatizar los éxitos y las cualidades positivas
	Emocionales	Reatribución en imaginación del Padre Castigador. Dos partes. Primera paciente como adulto. Paciente reevalúa la situación como adulto. Segunda Paciente como niño (el paciente experimenta la intervención del adulto como niño. Recibe soporte y ayuda por parte del adulto. Diálogos en el Trabajo de la Silla Vacía: 2 sillas. Padre Castigador vs. Adulto Sano; Tres sillas. Protector Aislado vs. Padre Castigador vs. Adulto sano. Primero: Terapeuta como niño (experimenta perspectiva del otro en la escena) y Paciente como otra persona (situación original). Padre o Madre. Segundo, terapeuta como otra persona y paciente como niño (reevaluando la situación).
Reconectar el Niño Enfadado Impulsivo en la Relación Terapéutica		Poner límites cuando sea abusivo o destructivo. Ventilar las emociones. Empatizar con los esquemas subyacentes. Prueba de realidad: punto vista real vs. Punto vista exagerado. Compartir el impacto y la reacción personal ante la rabia, cólera o enfado. Practicar la conducta asertiva.
Poner límites		Las dificultades en los límites : Contacto fuera de las sesiones Cambios de visitas o ausencias en las visitas Expectativas poco realistas de la relación terapéutica (comportarse “como si” fuera un padre) Conductas autodestructivas, parasuicidas y suicidas Conductas amenazantes hacia el terapeuta o “amenazas de romper objetos Proceso gradual de tres fases de graduación A. Se indica el traspaso del límite, con empatía, y centrándose en el hecho. Se pide que pare. . B. Se indica traspaso del límite, con graduación sentimientos del terapeuta hacia el paciente, se anuncia consecuencia. C. Se indica traspaso del límite, con graduación sentimientos del terapeuta hacia el paciente, se aplica consecuencia.
Manejo de Crisis		Cuando se dan las crisis es un buen momento para realizar estrategias de cambio de esquemas, ya que el modo protector aislado no está presente y las emociones aparecen. Es necesario establecer límites que el paciente debe seguir las instrucciones del terapeuta ante las crisis suicidas, o la terapia deberá terminar Ante una crisis: incrementar la frecuencia de contacto, permitir llamadas telefónicas. Identificar el modo de esquemas que se activa. Proporcionar estrategias para manejar los esquemas en cada Modo. Evaluar los pensamientos e ideación suicida en cada contacto. No descartar estrategias como medicación, tratamiento grupal, contacto con personas significativas. Si es necesario, ir a urgencias o a hospitalización parcial.
Fase III. Autonomía		Desarrollar relaciones saludables. Proceso de individuación: Seguir las inclinaciones naturales, realizar el proyecto vital que se ajuste a sus necesidades. Terminar la terapia de manera progresiva y Mantener contactos después de terminar la intervención

Tabla 14

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Narcisista

PERFILES DE ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Privación Emocional	La expectativa de que el propio deseo de tener un grado normal de soporte emocional no será satisfecho de modo adecuado en los demás.
	Imperfección	Sentimiento de que es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que sería no querido por los demás si se muestra tal como es.
	Grandiosidad	La creencia de que uno es superior a los demás, que le da derecho a privilegios y derechos especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual.
	Otros Esquemas	Búsqueda de Aprobación, Adicciones y búsqueda estimulación (Estrategias evitación) Metas inalcanzables. Subyugación, Desconfianza
Modos Esquemas	Niño Solitario	Se sienten niños solitarios, valorados cuando son ensalzados por sus padres. No se sienten queridos y adorables. Se sienten vacíos. Es el modo vulnerable que encontramos en los pacientes narcisistas, no se sienten especiales, sino como "la media, como los demás", que significa rechazo y que son socialmente inaceptables. Se activa por la pérdida de validación, posición y estatus.
	Exaltación de uno mismo	Excesiva sobre-compensación al sentirse especial, importante, competitivo, buscando atención y estatus. Se siente superior, crítico con los demás, sin mostrar ninguna empatía, envidioso. Estilos de afrontamiento agresión y hostilidad, dominancia, búsqueda de reconocimiento, y manipulación o explotación. Es el modo por defecto.
	La Auto-tranquilización al Aislarse	Manifiesta intereses solitarios, conductas compulsivas, se distrae etc. Serían formas de evitación de los esquemas. Este modo ayuda a cortar las emociones que surgen cuando esta solo o en ausencia de fuentes de validación. Evitaría la activación del niño solitario, y sentir las emociones dolorosas de este modo.
	Adulto Sano	Alimenta, valida y afirma al modo del niño vulnerable. Pone límites a los modos del niño enfadado e impulsivo. Promueve y apoya al modo el niño saludable. Combate y eventualmente sustituye a los modos de afrontamiento desadaptativos. Neutraliza o modera los modos de los padres desadaptativos. Proporciona funciones apropiadas del adulto como trabajar, roles de padres y relaciones con la familia, tomar responsabilidades y comprometerse. Sigue actividades de placer de los adultos como el sexo, intereses intelectuales, estéticos y culturales. El mantenimiento de la salud y las actividades atléticas.
OBJETIVOS Y ENCUADRE DEL TRATAMIENTO		
Objetivos	Procesos/ Técnicas	
Evaluación	Observar las conductas del paciente en las sesiones. Delimitar los problemas actuales y de su historia (rechazo o represalias por parte de los demás, vacío, respuestas al fracaso, la necesidad de validación, culpabilizar a los demás). No utilizar estrategias de evaluación si hay recuerdos de privación, soledad o devaluación. En los Cuestionarios de Esquemas, tienden a puntuar muy bajo en Grandiosidad y Metas Inalcanzables, y alto en el Cuestionario de Esquemas de Compensación.	
Filosofía de Tratamiento	Aumentar progresivamente la vulnerabilidad y al mismo tiempo utilizar menos las estrategias de compensación y la evitación. Enfocado a las relaciones con los demás y a la relación terapéutica.	
Objetivos Tratamiento	Crear un Adulto Sano que sea capaz de cuidar al Niño Solitario y pueda cuidar a los demás. Confrontar al Modo "Exaltación de uno mismo". Ayudar a dejar y superar la necesidad de aprobación y validación por parte de los demás, de la misma manera que el Niño Solitario permite un cuidado más genuino. Ayuda cuando está en el modo "Tranquilización al Aislarse" a dejar las conductas poco adaptativas a favor de un verdadero cuidado.	
Principales Estrategias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establece y lista sus actuales quejas como elemento para comenzar las intervenciones. 2. Cuidadosamente y con tacto confronta el estilo condescendiente o retador 3. Límites y derechos: No dejes pasar de largo cuando no respete tus derechos como terapeuta. Hazlo con mucho tacto, centrado en la conducta específica o el hecho. 4. Muestra tu propia vulnerabilidad 5. Con delicadeza introduce el concepto de Niño Solitario 6. Refuerza la vulnerabilidad mientras alejas al Modo "Exaltación de uno mismo" y "Auto-Tranquilización al Aislarse" 7. Explora los orígenes de los modos en imaginación 8. Crea diálogos entre los modos (imaginación y silla vacía) 9. Une el Niño Solitario con las actuales relaciones íntimas 10. Generaliza los cambios que ocurren en la sesión. Introducir técnicas modificación estilo de vida. 	
Técnicas Relación Terapéutica	Crear un ambiente donde se sienta cuidado, respetado, entendido y valorado sin ser perfecto o especial. Ser capaz de empatizar con el terapeuta sin que el terapeuta tenga que ser especial o perfecto. La relación terapéutica va a ser clave para aceptar una atención sincera o de ser cuidado, confrontando la conducta de aprobación y el criticismo hacia el terapeuta sin devaluar, corregir las valoraciones hacia el terapeuta de "egoísta" o "querer controlarlo" e identificar sentimientos de soledad y vacío.	
Técnicas Específicas Experienciales	Identificar sentimientos de soledad y vulnerabilidad en imaginación de escenas con los padres. Expresar la falta de cuidado, las elevadas expectativas y el criticismo. Conectar con las emociones. A nivel de modos: el Adulto sano cuida al Niño Solitario, reta a la "Exaltación de uno mismo" y minimiza a "Auto-Tranquilización al Aislarse"	
Técnicas Específicas Cognitivas	Reformular pensamiento dicotómico "Ser especial vs. Ser Ignorado". Reformular y reestructuración cognitiva de ser minusvalorado por los demás y expectativas de perfeccionismo. Enfatizar desventajas de trabajar, estatus, "pensar que es especial", "de hacer lo que uno quiere con los demás"	
Técnicas Específicas Conductuales	Cambiar las conductas evitativas y de tranquilización: adicciones, búsqueda estimulación. Sustituir intimidad. Reduce el tiempo dedicado al estatus, incrementando el tiempo a las relaciones con los demás. Reduce la energía de obtener cosas de los demás, aprender a dar, cuidar.	
Técnicas Específicas Intimidad	Cambiar la tendencia a la idealización de las parejas. Énfasis en la perfección, apariencia más que en dar y recibir cuidado, cariño y soporte. Tendencia a ver la pareja como reflejo de uno mismo	

Tabla 15

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad por Dependencia

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Gude, Hoffart, Hedley & Rø Ø (2004), Simos (2002) y los aportes teóricos de Arntz y Van Genderen (2009)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Dependencia	Creencia de que uno es incapaz de realizar sus responsabilidades diarias de forma competente, sin ayuda de los demás.
	Abandono	Percepción de inestabilidad o poca seguridad de que se dispone de soporte y relación con los demás. Incluye la expectativa acerca de que los demás irremediablemente les abandonarán.
	Imperfección	Sentimiento de que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que no sería querido por los demás si se muestra tal como es.
	Subyugación	Excesivamente entregados al control de los demás porque se siente cohesionado: para evitar la cólera, represalias o abandono
Modos Esquemas	Niño Vulnerable	Se siente solo, débil, solitario, triste, no comprendido, no apoyado, imperfecto, necesitado o privado emocionalmente, abrumado o agobiado, incompetente, duda de sí mismo, necesitado, incapaz o indefenso, desesperado, miedoso, angustiado, preocupado.
	Rendición Sumisa	Se comporta de manera pasiva, servil, sumisa, búsqueda de la aprobación, se desprecia ante los demás, alejándose por miedo a problemas u conflictos o al rechazo
	Niño Indisciplinado	Se comporta según sus deseos no nucleares o impulsos de manera egoísta o poco controlada para conseguirlos a su manera y así muchas veces tiene problemas a la hora de retrasar las gratificaciones inmediatas o a corto plazo.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso	Proceso/ Técnicas	
Inicio de la Intervención	Delimitar los problemas de autonomía y en las relaciones y su estilo. Evitar ir deprisa y caer en la tentativa ante los problemas de la vida cotidiana de dar consejos, solucionar rápidamente sus problemas.	
Patrones del Pasado	Ir con cuidado al realizar la historia de la vida. Establecer las situaciones de la infancia en las que simplemente obedecía, de la adolescencia "en las que no opinaba y seguía". Delimitar las emociones, enfado, humillación, rabia y culpa. Ajustar las reformulaciones a las palabras del paciente.	
Identificación Esquemas	La administración de cuestionarios ayuda a delimitar los esquemas. Es necesario ante la devolución de los esquemas que entiendan intelectualmente y emocionalmente que son el objetivo de cambio. Utilizar metáforas.	
Activación Esquemas	Explicar de manera clara y específica. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión. Ante su vergüenza, utilizar previamente estrategias como la música, películas.	
Estrategias Afrontamiento	Identificar las estrategias de evitación y de mantenimiento de los esquemas. Definir el déficit de habilidades en las relaciones sociales e íntimas.	
Conceptualización	Delimitar el tipo de temperamento: ansioso, evitativo y el papel de la introversión.	
Objetivos Cambio Terapéutico	Proceso/ Técnicas	
Dependencia	Cognitivo	Cambiar el punto de vista del paciente que se cree incapaz de funcionar en el mundo sin una constante asistencia de las otras personas. Cambiar el punto de vista del paciente de que no puede confiar en sus propias decisiones o juicios en las situaciones cotidianas.
	Emocional	Expresar cólera a los padres a través de la imaginación por la excesiva preocupación y por socavar lo juicios
	Relación Terapéutica	Resistir intentos del paciente de determinar un rol dependiente. Estimularlo a tomar sus propias decisiones y elecciones. Elogiar el juicio y el progreso.
	Conductual	Establecer asignaciones graduadas para afrontar estas tareas cotidianas solo, sin necesidad de asistencia de los demás.
Abandono	Cognitivo	Cambiar punto de vista exagerado de que las otras personas les van a dejar, se marcharán, se apartarán de ellos, o se comportarán de manera impredecible. Cambiar expectativas poco realistas de que las personas significativas deberían estar siempre disponibles y ser consistentes. Reducir el estar centrados de manera exagerada o en exclusiva de estar seguros de que sus compañeros están allí.
	Emocional	Imaginación para reexperimentar memorias del padre impredecible e inestable o del padre que murió o dejó el hogar. Expresar cólera hacia el padre inestable u/o impredecible. Trabajo del "niño profundo" para ayudar al paciente a cuidar al niño abandonado.
	Relación Terapéutica	El terapeuta llega a ser fuente transicional de seguridad y estabilidad. El terapeuta corrige las distorsiones acerca de la probabilidad del abandono del paciente. Ayudar al paciente a aceptar las salidas, las vacaciones y la indisponibilidad del terapeuta sin reaccionar de forma exagerada.
	Conductual	Elegir compañeros que son estables y comprometidos. No excesivos celos, cólera, etc. Gradualmente aprender a tolerar estar solo. Aprender a tolerar ambientes seguros y estables.

Tabla 16

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Evitativo

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Loper (2003), Sperry (2004), Arntz (2008), Simos (2002), Jovev y Jackson (2001) y Ball y Cecero (2001)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Imperfección	El sentimiento que uno es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que uno sería no querido de forma significativa por los demás si se muestra tal como es.
	Fracaso	La creencia que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que fundamentalmente resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales, en áreas de rendimiento (escuela, carrera, deportes, etc.)
	Aislamiento Social	El sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.
	Subyugación	Excesivamente entregado o abandonado al control de los demás porque se siente cohesionado: usualmente para evitar la cólera, represalias o el abandono
Modos Esquemas	Niño Vulnerable	Se siente solo, débil, solitario, triste, no comprendido, imperfecto, abrumado o agobiado, incompetente, duda de sí mismo, necesitado, incapaz o indefenso, desesperado, miedoso, angustiado, preocupado.
	Protector Aislado	Corta, aísla o cerca las necesidades y los sentimientos, se separa emocionalmente de las personas y rechaza su ayuda
	Rendición Sumisa	Se comporta de manera pasiva, sumisa, búsqueda de la aprobación, se desprecia ante los demás, alejándose por miedo a problemas u conflictos o al rechazo
	Padre Castigador	Siente que uno mismo o los demás merecen el castigo o la culpa y a menudo actúa según estos sentimientos culpando, castigado
	Niño Indisciplinado	Se comporta según sus deseos no nucleares o impulsos de manera egoísta o poco controlada para conseguirlos a su manera.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso / Técnicas
Inicio de la Intervención		Delimitar los problemas de autonomía y en las relaciones y su estilo. Ir a su ritmo.
Patrones del Pasado		Ir con cuidado a realizar la historia de la vida. Ajustar las reformulaciones a las palabras del paciente.
Identificación Esquemas		La administración de cuestionarios ayuda a delimitar los esquemas. Utilizar metáforas.
Activación Esquemas		Explicar de manera clara y específica. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión. Si excesiva vergüenza, utilizar previamente estrategias tales como la música, películas.
Estrategias Afrontamiento		Identificar las estrategias de evitación y de mantenimiento de los esquemas.
Conceptualización		Delimitar el tipo de temperamento: ansioso, evitativo y el papel de la introversión.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Imperfección	Cognitivo	Cambiar el punto de vista de uno mismo como malo, no querido, imperfecto--centrarse en las ventajas, minimizar los defectos.
	Emocional	Sacar la cólera hacia los padres críticos. Dialogar con el esquema crítico.
	Relación Terapéutica	No juzgar, crear un ambiente de aceptación. Compartir la menor debilidad del terapeuta. Felicitar de forma adecuada al paciente.
	Conductual	Elegir parejas que acepten las cosas. No hiperreaccionar al criticismo. Auto-descubrir más que vencer la culpa. No sobrecompensar (e.g., a través de hacer excesivo énfasis en el estatus).
Fracaso	Cognitivo	Retar el punto de vista del paciente que es inherentemente inepto, estúpido. Reatribución de fracaso a esquema de mantenimiento. Destacar los éxitos y las habilidades. Fijar expectativas realistas.
	Emocional	Acceder a las memorias de los padres, profesores, etc. críticos o de dar poco soporte. También a las comparaciones con los hermanos, o expectativas poco realistas. Imaginación para vencer la evitación ante situaciones de "hacer cosas" y "rendimiento".
	Relación Terapéutica	Apoyar el éxito. Fijar expectativas realistas. Dar estructura, límites.
	Conductual	Graduar tareas para llevar a cabo nuevos retos. Fijar límites, crear estructuras para vencer la demora y enseñar auto-disciplina.
Subyugación	Cognitivo	Retar las exageradas consecuencias negativas de expresar las necesidades (e.g., castigo, represalias, abandono).
	Emocional	Expresar cólera y afirmar los derechos al padre controlador a través de la imaginación.
	Relación Terapéutica	No controlar en exceso. Estimular al paciente a tomar decisiones. Señalar la conducta respetuosa- identificando la cólera.
	Conductual	Seleccionar compañeros que no sean controladores. Gradualmente hacer valer o afirmar las "propias" necesidades ante los demás. Aprender las inclinaciones naturales y actuar según ellas.

Tabla 17

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsivo

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Sperry (2004), Arntz (2008) y Jovev y Jackson (2001)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Metas Inalcanzables	La creencia profunda que uno debe esforzarse por encontrar unos estándares internos de conducta y rendimientos muy elevados, normalmente para evitar las críticas.
	Inhibición emocional	Excesiva inhibición de la acción espontánea, sentimientos o comunicación, por lo general para crear un sentimiento de seguridad y pronóstico; o para evitar cometer errores, la desaprobación de los demás, catástrofe y caos o la pérdida de control de los propios impulsos.
Modos Esquemas	Padre Exigente	Siente que el camino "correcto" es ser perfecto o rendir a un alto nivel, para mantenerlo todo en orden, se esfuerza por obtener un elevado estatus, de anteponer sus necesidades a las de los demás, de ser humillante o de ser eficiente o evitar perder el tiempo. La persona siente que es erróneo expresar los sentimientos o actuar de forma espontánea. Este estado de ánimo se refiere a la naturaleza de las normas estrictas y de las metas elevadas internalizadas, más que al estilo con el que se aprenden o se aplican; estas reglas no son compensatorias en su función.
	Protector Aislado	Corta, aísla o cerca las necesidades y los sentimientos, se separa emocionalmente de las personas y rechaza su ayuda, se siente reservado o introvertido, alejado, distraído, desconcertado o separado, despersonalizado, vacío o aburrido, sigue distrayéndose, se auto-tranquiliza o se auto-estimula en actividades ya sea de manera compulsiva o en exceso. Puede adoptar una postura cínica, reservada o pesimista para evitar invertir en personas o actividades
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso/ Técnicas
Inicio de la Intervención		Permitir su ritmo lento de explicación, no ser demasiado invasivo y no querer correr. Ser paciente, ayudar a identificar problemas y posibles esquemas les gusta porqué tiene un componente racional e intelectual. En algunos casos existen dificultades de etiquetaje de las emociones.
Patrones del Pasado		Algunas veces son muy prolijos en los detalles y en la manera de explicar las cosas. Presentan dificultades en explicar el impacto emocional de las experiencias de vida.
Identificación Esquemas		En el Cuestionario de Esquemas, en algunos casos como personas muy ansiosas o con elevada inhibición emocional, se obtienen puntuaciones bajas en esquemas de autonomía. Utilización de metáforas y los propios nombres para denominar los esquemas
Activación Esquemas		Explicar de manera clara y específica. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión. Si excesiva inhibición de las emociones, utilizar previamente estrategias tales como la música, películas.
Estrategias Afrontamiento		Definir las estrategias de mantenimiento y evitación de los esquemas es de clave. Es importante repasar las estrategias que utilizan para que observen que son conductas guiadas por el esquema, y no sólo una conducta de su repertorio conductual
Conceptualización		Esclarecer el tipo de temperamento y de estilo emocional.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Metas Inalcanzables	Cognitivo	Reducir las metas y los estándares irrealistas- utilizar el análisis de los costes/beneficios Destacar las ventajas e inconvenientes de las metas tan elevadas, de los objetivos y estándares inalcanzables: salud, pareja, familia, felicidad, etc. Reducir el riesgo percibido de hacerlo mal, de "no ser" perfecto.
	Emocional	Imaginación: Dialogar con los padres por las altas expectativas. Desahogar la rabia y la culpa por no estar a la altura de las expectativas Silla vacía: diálogos entre metas inalcanzables y adulto sano para encontrar un balance de expectativas a nivel emocional.
	Relación Terapéutica	Modelar metas, objetivos y estándares de conducta más equilibrados, tanto en la terapia como en la propia vida.
	Conductual	De forma gradual reducir las exigencias, los objetivos no realistas
Inhibición emocional	Cognitivo	Destacar las ventajas de mostrar las emociones. Minimizar las consecuencias temidas de actuar emocionalmente e impulsivamente.
	Emocional	Acceder y expresar las emociones desconocidas en imaginación: cólera, agresión, sexo, alegría, etc. Dialogar con el padre inhibido.
	Relación Terapéutica	Modelar y estimular más la expresión de afecto y la espontaneidad.
	Conductual	Discutir y expresar más los sentimientos. Ser más espontáneo. Hacer actividades como: bailar, sexo, etc. Utilizar tareas graduadas y no controlar tanto.

Tabla 18

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresivo

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Sperry (2004) y Arntz (2008)

PERFILES ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Fracaso	La creencia que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que fundamentalmente resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales, en áreas de rendimiento (escuela, carrera, etc.).
	Desconfianza	La expectativa que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán.
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Evaluación y Conceptualización Caso		Proceso / Técnicas
Inicio de la Intervención		Ser paciente, la estrategia de unir problemas, emociones y la posible identificación de los esquemas puede facilitar el hecho de hablar de los demás.
Patrones del Pasado		No muestran dificultades en explicar la experiencia del pasado. No obstante, cuando se hacen señalamientos, resúmenes y reformulaciones de la experiencia donde se subraye o enfatice la tendencia a "externalizar la culpa y las responsabilidades a los demás" pueden mostrarse enfadados y ser considerado una prueba de desconfianza ante el terapeuta.
Identificación Esquemas		En el Cuestionario de Esquemas, en algunos casos como personas muy ansiosas o con elevada inhibición emocional, se obtienen puntuaciones bajas en esquemas de autonomía. Utilización de metáforas y los propios nombres para denominar los esquemas
Activación Esquemas		Explicar de manera clara y específica. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión, sobretodo rabia. Si existen emociones intensas de rabia y culpa, utilizar previamente estrategias tales como la música, lectura de libros, ver películas.
Estrategias Afrontamiento		Definir el estilo principal de Sobre-compensación. Detallar de manera específica en que área de la vida utiliza la Manipulación o Explotación (Encuentra o satisface las necesidades a través de la manipulación encubierta de los demás, de manera seductora, o deshonestamente), Pasivo-agresivo y/o Rebelión (Se comporta forma abierta complaciente mientras castiga a los demás o se rebela de forma encubierta demorándose, burlándose, retardándose, complaciendo, rebelándose, dejar de hacer) y Agresión, Hostilidad (Contraataca del siguiente modo: desafiando, abusando, culpando, atacando o criticando a los demás)
Conceptualización		Esclarecer el papel del temperamento. Dos variables, el balance entre impulsividad y la susceptibilidad al castigo (inhibición de la conducta ante estímulos amenazantes) nos dará pistas sobre la probabilidad de perder el control de la conducta. También hay que detallar antidotos antes iniciar la fase de cambio para cada una de las estrategias de sobre-compensación en la relación terapéutica. Establecer los límites de la relación terapéutica antes del inicio de la intervención.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Fracaso	Cognitivo	Retar el punto de vista del paciente que es inherentemente inepto, estúpido. Reatribución de fracaso a esquema de mantenimiento. Destacar los éxitos y las habilidades. Fijar expectativas realistas.
	Emocional	Acceder a las memorias de los padres, profesores, etc. críticos o de dar poco soporte. También las comparaciones con los hermanos, o expectativas poco realistas. Imaginación para vencer la evitación ante situaciones de "hacer cosas" y "rendimiento".
	Relación Terapéutica	Apoyar el éxito. Fijar expectativas realistas. Dar estructura, límites.
	Conductual	Graduar tareas para llevar a cabo nuevos retos. Fijar límites, crear estructuras para vencer la demora y enseñar auto-disciplina.
Desconfianza Abuso	Cognitivo	Reducir la "hipervigilancia" de abuso o maltrato. Enseñar el espectro de desconfianza y maltrato. Tonalidades de gris, en vez de todo o nada. Cambiar el exagerado punto de vista "acerca de los demás" como intencionadamente malos, abusivos, manipuladores o deshonestos, y "de uno mismo" como culpable del abuso o de estar indefenso ante el abuso. No excusar al abusador.
	Emocional	Recuperar memorias de desconfianza, humillación u abuso. Expresar rabia verbalmente y físicamente, en imaginación. Escribir cartas necesidades emocionales no cubiertas. No enviar las cartas!
	Relación Terapéutica	Ser completamente honesto y genuino con el paciente. Preguntar por la confianza e intimidad de forma regular - discutir cualquier sentimiento negativo hacia el terapeuta. Preguntar acerca de la vigilancia ("necesidad de control") en las sesiones. Si es necesario no hacer trabajo experiencial, mientras se esté construyendo la confianza.
	Conductual	Necesitarán soporte de otros profesionales, en función del déficit funcional. Esto les ayudará a confiar en las personas. Aprendizaje del Manejo de emociones (rabia, disforia, ansiedad) y de Habilidades Sociales. Dar oportunidades de relación (amistad, pareja) que son confiables. Cambiar las conductas extravagantes, mediante modelado de conducta.

Tabla 19

Guía esquematizada para el Trastorno de la Personalidad Depresivo

Para construir esta guía se tuvieron en cuenta las investigaciones de Arntz y Van Genderen (2009), Ball y Cecero (2001) y Arntz (2008)

PERFILES ESQUEMAS, ESTILOS AFRONTAMIENTO ESQUEMAS Y MODOS DE ESQUEMAS		
Esquemas Predominantes	Desconfianza	Expectativa que los otros le herirán, abusarán, humillarán, burlarán, mentirán, manipularán, aprovecharán
	Aislamiento Social	El sentimiento de que está aislado del resto del mundo, diferente de los demás y no forma parte de un grupo.
	Imperfección	Sentimiento de que es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido en aspectos importantes; o que uno sería no querido de forma significativa por los demás si se muestra tal como es
	Fracaso	La creencia que uno ha fracasado, inevitablemente fallará o que fundamentalmente resulta inadecuado en relación a los grupos de iguales, en áreas de rendimiento (escuela, carrera, etc.).
	Vulnerabilidad al peligro	Miedo exagerado a que una "fortuita/azarosa" catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no será capaz de prevenirla.
	Subyugación	Excesivamente entregados o abandonados al control de los demás porque uno se siente cohesionado: usualmente para evitar represalias o abandono
CURSO DE TRATAMIENTO		
Objetivos Conceptualización		Proceso/ Técnicas
Inicio de la Intervención		Delimitar problemas de autonomía y en las relaciones. Empatizar con el estado de ánimo e identificar los desencadenantes y los contextos donde se producen.
Patrones del Pasado		Delimitar situaciones donde se daban las emociones de tristeza, estado de ánimo bajo, enfado, humillación, rabia y culpa. Identificar posibles modelos de conducta (pasado) Ajustar las reformulaciones a las palabras del paciente.
Identificación Esquemas		Administración de cuestionarios para delimitar los esquemas. Si el ánimo está triste habrá mayores puntuaciones en algunos esquemas de la dimensión separación rechazo. Utilizar metáforas en la devolución.
Activación Esquemas		Explicar de manera clara. Manifiestan miedo a experimentar emociones en sesión. Ante excesivo pesimismo dejar para más adelante la imaginación.
Estrategias Afrontamiento		Identificar las estrategias de evitación y de mantenimiento de los esquemas. Definir el déficit de habilidades en las relaciones sociales y íntimas.
Conceptualización		Delimitar el tipo de temperamento, y como se da labilidad emocional.
Objetivos Cambio Terapéutico		Proceso/ Técnicas
Desconfianza Abuso	Cognitivo	Cambiar el punto de vista "acerca de los demás" como intencionadamente malos, abusivos, manipuladores o deshonestos, y "de uno mismo" como culpable del abuso o de estar indefenso ante el abuso. No excusar al abusador.
	Emocional	Recuperar memorias de desconfianza, humillación u abuso. Expresar rabia verbalmente y físicamente, en imaginación. Escribir cartas necesidades emocionales no cubiertas. No enviar las cartas.
	Relación Terapéutica	Ser completamente honesto y genuino con el paciente. Preguntar por la confianza, intimidad y vigilancia de forma regular, discutir cualquier sentimiento negativo hacia el terapeuta. Si es necesario no hacer, en principio, trabajo experiencial.
	Conductual	Aprendizaje del Manejo de emociones (rabia, disforia, ansiedad) y de Habilidades Sociales. Dar oportunidades de relación (amistad, pareja) que son confiables.
Aislamiento social	Cognitivo	Cambiar punto de vista de que es indeseable socialmente. Cambiar el exagerado punto de vista negativo respecto a la apariencia y las habilidades sociales.
	Emocional	Imaginación de memorias de ser diferente a los demás, rechazo, o aislamiento. Ventilar emociones negativas hacia el grupo. Recuperar recuerdos donde se sentía aceptado y había contacto social para reforzar cambio.
	Relación Terapéutica	Estar atento a las situaciones dentro de la sesión en las que el paciente se pueda sentir diferente, inferior o abrumado por la energía del terapeuta. Enfatizar los atributos sociales positivos y confrontar la evitación de las situaciones sociales.
	Conductual	Vencer la evitación: Listar las situaciones temidas y que se evitan. Aprendizaje de Habilidades que faciliten la Competencia Social. Valorar Terapia Grupo.
Fracaso	Cognitivo	Retar el punto de vista del paciente que es inherentemente inepto, estúpido. Reatribución de fracaso a esquema de mantenimiento. Destacar éxitos y habilidades. Fijar expectativas realistas.
	Emocional	Acceder a las memorias de los padres, profesores, etc. críticos o de dar poco soporte. También las comparaciones con los hermanos o expectativas poco realistas. Imaginación para vencer la evitación ante situaciones de "hacer cosas" y "rendimiento".
	Relación Terapéutica	Apoyar el éxito. Dar estructura, límites. Fijar expectativas realistas
	Conductual	Graduar tareas para llevar a cabo nuevos retos. Fijar límites, crear estructuras para vencer la demora y enseñar auto-disciplina.
Subyugación	Cognitivo	Retar las exageradas consecuencias negativas de expresar las necesidades
	Emocional	Expresar cólera y afirmar los derechos al padre controlador a través de la imaginación.
	Relación Terapéutica	No controlar en exceso. Estimular al paciente a tomar decisiones. Señalar la conducta respetuosa- identificando la cólera.
	Conductual	Seleccionar compañeros que no sean controladores. Gradualmente hacer valer o afirmar las "propias" necesidades ante los demás. Aprender las inclinaciones naturales y actuar según ellas.

CONCLUSIONES

En síntesis, son muchas las razones por las que son dificultosos los abordajes psicológicos para los Trastornos de la personalidad. La dificultad de protocolarización es sólo una de ellas. Los aportes de Young, Klosko y Wheishar constituyen sin duda una propuesta teórica, con desarrollo de tecnología -tanto para la evaluación como para la intervención- para la praxis clínica con este tipo de pacientes.

La Terapia de esquemas es un tratamiento que partiendo de una conceptualización de caso brinda el sustento para determinar objetivos realistas y dispone de un bagaje de intervenciones para alcanzarlos. En este sentido las 'Guías esquematizadas para profesionales' están diseñadas para facilitar la tarea de terapeuta y constituyen un humilde aporte para facilitar la aplicación de la misma.

Es importante aclarar que tanto los trabajos de Tineo y Young (2006) y Tineo, Alén, Chajét, Chajét y Sá (2006); como los de Cid y Torrubia (2003), Cid (2009) y Cid, Tejero y Torrubia (1997) son un gran aporte a la difusión y desarrollo de la Terapia de esquemas en lengua hispana y nos apoyamos en ellos para la realización de esta propuesta.

REFERENCIAS

- Addington, J. & Tran, L. (2009). Using the Brief Core Schema Scales with Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Behavioral and Cognitive Therapy*. 37 (2),227-231.
- Alford, B. & Beck, A.T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Texto revisado). Barcelona: Masson.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy of Borderline Personality Disorder*. Chichester: Wiley.
- Arntz, A. (2008). Schema-focused therapy for borderline personality disorder: effectiveness and cost-effectiveness, evidence from a multicenter trial. *European Psychiatry*, 23 (2),65-66.
- Ball, S.A. & Cecero, J.J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15 (1),72-83.
- Baranoff, J., Oei, T., Seong, H.C. & Seok-Man, K. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *ISAD*, 93 (1),133-140.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. En P. Salkovskis (Ed), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. y otros (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Behary, W.T. (2008). *Disarming the narcissist: surviving & thriving with the self-absorbed*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Bernstein, D.P. (2002). Cognitive therapy of Personality Disorders in Patients with histories of Emocional Abuse or Neglect. *Psychiatric Annals*, 32 (10),618-628.
- Blatner, A. & Blatner, A. (1988). *Foundations of Psychodrama. History, Theory, & Practice*. (3º edición). New York: Springer Publishing Company.
- Blatner, A. (1996). *Acting-in. Practical Applications of Psychodramatic Methods*. (3º edición). New York: Springer Publishing Company.
- Cid J. & Torrubia R. (2003). What are the clinical meaning and implications for treatment of the schemas assessment using the Schema Questionnaire?. *Revue Francophone de clinique comportementale et cognitive*, 8 (1),15-25.
- Cid, J. (2009). La Terapia de Esquemas. En: L. Fernández de la Cruz L, M.A. Fullana & O. Andión. *Actualizaciones de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*.
- Cid, J., Tejero, A., & Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young (Spanish version of the Young Schema Questionnaire)*. Manuscrito no publicado.
- French, P. & Morrison, A.P. (2004). *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis: A Treatment approach*. New York: John Wiley.
- Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., Kremers I., Nadort M., & Arntz A. (2006). One-Year Follow-up of Schema focused therapy and Transference focused psychotherapy for BPD, and the influence of drop-out status, treatment status and medication. *Crossing Borders: Theory, Assessment and Treatment in Borderline Personality Disorder*, 127-142.
- Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T., Kremers I., Nadort M. & Arntz A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (9),649-658.
- Gouveia, V.V., Chaves, S.S.S., Oliveira, I P., Dias, M.R., Gouveia, R.S.V., & Andrade, P.R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (13),241-248.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L., & Rø, Ø. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18,(6),604-610.
- Kepner, J. (1987). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.

- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1990) *El cuerpo y el Incosciente en Educación y Terapia*. México: Científico-Médica.
- Lobbetael, J., Vreeswijk, M. F. van, & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualisations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (7),854-860.
- Lobbetael, J., Vreeswijk, M.F. van, & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63 (3),69-78.
- Loper, A.B. (2003). The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17 (3),253-266.
- López Pell, A.F., Rondón, J.M., Cellerino, C. & Alfano, S.M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los Trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Revista Ciencias Psicológicas*, 4 (1),97-124.
- López Pell, A.F., Rondón, J.M., Alfano, S.M. & Cellerino, C. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los Trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. *Revista Ciencias Psicológicas*, 4 (2),239-271.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wending, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (11),961-973.
- Nadort, M., van Dyck, R., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., Spinhoven, P., Dirksen, C., Bleecke, J., van Milligen, B., van Vreeswijk, M. & Arntz, A. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (11), 938-945
- Obst Camerini, J. (2000). *El Psicodrama Cognitivo Conductual*. Bs. As.: CATREC.
- Obst Camerini, J. (2008). *La Terapia Cognitiva. Integrada y actualizada*. Buenos Aires: CATREC.
- . Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H. & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36 (2),129-144.
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician*, East Sussex: Brunner-Routledge. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders: Highly effective interventions for the most common personality disorders* (Second edition). New York: Routledge.
- Tineo, Lydia (1997). *El proceso terapéutico en la terapia centrada en esquemas*. En Caro, Isabel (1997) . Manual de Psicoterapias Cognitivas. Barcelona: Paidós.
- Tineo, Lydia (2008). Trastorno Borderline. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, Año 1 (2) .
- Young, J. & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. & Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson.
- Young, J. & Ryght, J. (1994). *Young-Ryght Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach*. Sarasota-. FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. (1993). *The Schema Diary*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. (1994a). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach* (Revised Edition). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. (1994b). *Young Parenting Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. (1995). *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J., Wattenmaker, D. & Wattenmaker, R. (1996). *Schema Therapy Flashcard*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Para citar este artículo:

López Pell, A.F., Cid Colom, J., Obst Camerini, J., Rondón, J. M., Alfano, S. M. & Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas V* (1): 83-115.

Recibido: 02/2011
Revisado: 04/2011
Aceptado: 05/2011