Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Psicoterapia Tesis

Terapia de esquemas para un caso de trastorno narcisista vulnerable

Osorio Reyes, Carlos Yamil

2020

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5100

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudio con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981

TERAPIA DE ESQUEMAS PARA UN CASO DE TRASTORNO NARCISISTA VULNERABLE

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
Que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

Carlos Yamil Osorio Reyes

Puebla, Pue. 2020

Resumen

El presente estudio de caso es sobre Esteban (seudónimo); un joven en sus veinte cuyo motivo de consulta fue encontrarse con muchas ideas en la cabeza y con preocupación por recaer en crisis de llanto; pues tuvo episodios incontrolables hace dos años, tras el divorcio de sus padres. En las sesiones se encontró grandiosidad encubierta, tendencia a la victimización, síntomas ansioso-depresivos y autoestima lastimada. Se diagnosticó con trastorno narcisista vulnerable y se trató con terapia de esquemas. Los instrumentos utilizados fueron el CEY-S3 (Young y Brown, 1990, 2006; Matute, 2019); el Inventario de Depresión, de Beck (Beck y cols., 1961; Jurado y cols., 1998); el Inventario de Ansiedad, de Beck (Beck y cols., 1988; Robles y cols. 2001); la Escala Enojo-Rasgo (Moscoso y Spielberger, 1999; Moscoso, 2000; Alcázar y cols., 2011); una escala global (Moreno, 2014) y el CORE-OM (Evans y cols., 1998; Feixas y cols., 2012). Se atendió 20 sesiones en las instalaciones del departamento de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA), así como cinco sesiones *online* de seguimiento. Se concluye que, aunque se requiere de mayor investigación científica, la terapia de esquemas parece un modelo prometedor para el tratamiento de trastornos de personalidad, como el trastorno narcisista vulnerable.

Palabras clave: Trastorno Narcisista Vulnerable, Terapia de Esquemas, Esquemas Tempranos Desadaptativos, Modos de Esquema.

Introducción

El Trastorno Narcisista de la Personalidad (TNP) se caracteriza por un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Según se menciona en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V):

> Las características típicas del trastorno de personalidad narcisista son la autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación de los demás, y una grandiosidad manifiesta o encubierta. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección y la empatía y/o la intimidad. (American Psychiatric Association, 2014, p. 767)

Quizá una de las noticias más controvertidas acerca de este trastorno, es que ha habido duda sobre la pertinencia de mantenerlo como una entidad independiente en el DSM-V, debido a su gran variación en los diagnósticos (p. ej.: Parker-Pope, 2010; Dingfelder, 2011). Sin embargo, se ha señalado que sí es una entidad nosológica válida, pero que los problemas en el diagnóstico se deben a que en el DSM no se contemplaban varios componentes de este trastorno, como los componentes vulnerables encubiertos (p. ej. Ronningstam, 2011; Miller y Maples, 2012). En este sentido, las investigaciones parecen señalar que existen, por lo menos, dos subtipos del narcisismo, el grandioso y el vulnerable:

> Investigaciones recientes en psicología social/de la personalidad que examinan la estructura de los rasgos narcisistas de la personalidad, encuentran constantemente dos factores generales que representan, respectivamente, grandiosidad-exhibicionismo y vulnerabilidad-sensibilidad-agotamiento… El diagnóstico psiquiátrico y la investigación en psicología social/de la personalidad a menudo se centran solo en la grandiosidad al evaluar el narcisismo. (Cain, Pincus y Ansell, 2008, p. 638)

Como se menciona, el problema es que el DSM parecía estar mayormente inclinado a medir el narcisismo grandioso. Este narcisismo se caracteriza por un sentido inflado del sí mismo que reprime sus aspectos negativos y descalifica la información que vaya contra su idea de grandiosidad; además, presenta fantasías regulatorias de poder ilimitado, superioridad, perfeccionismo y adulación; lo que se traduce en conductas de agresión, explotación interpersonal, falta de empatía, envidia intensa y exhibicionismo (Pincus y cols., 2009). Sin embargo, en el ámbito clínico también "existen síntomas grandiosos consistentes con el TNP del DSM en conjunto con una regulación deteriorada o *vulnerabilidad narcisista*, reflejada en experiencias de ira, envidia, agresión, impotencia, vacío, baja autoestima, vergüenza, evasión social e incluso suicidio" (Pincus, Cain y Wright, 2014, p. 2). Este subtipo es el narcisismo vulnerable, que se caracteriza porque la grandiosidad y necesidad de admiración son encubiertas, además que: "pueden presentarse como sufrientes duraderos e intratables en su dolor psíquico, pero encuentran que esto les proporciona un 'estatus especial' al que son resistentes a renunciar" (Pincus y cols., 2009, p.367).

Estas dos subdivisiones del narcisismo parecen ser respaldadas por la evidencia empírica. Por ejemplo, en un metaanálisis sobre perfeccionismo y narcisismo, donde se analizaron 30 estudios de 25 años de investigación acerca del narcisismo (Smith y cols., 2016), se encontró que el narcisismo grandioso presenta mayor correlación hacia la búsqueda de perfeccionismo en los demás; ya que las personas con esta subdivisión consideran que son perfectos ellos mismos, no presentando sentimientos de imperfección. Aunque los narcisistas vulnerables también se preocupan por promover una idea de perfección, se diferencian de los grandiosos en que tienen un fuerte sentido de no estar a la altura, así como percibir el juicio y la crítica de los demás: "los narcisistas vulnerables, en relación con los narcisistas grandiosos, tienden a confiar más en la retroalimentación externa de otros para administrar su autoestima" (Smith y cols., 2016, p. 99).

Otra diferencia importante es que, por un lado, los narcisistas grandiosos tienen fantasías de alcanzar la perfección, mientras que, por otro, los narcisistas vulnerables buscan la perfección para evitar las consecuencias aversivas de no ser considerados perfectos: “los narcisistas vulnerables pueden ser propensos a los pensamientos perfeccionistas que abarcan reflexiones sobre las consecuencias percibidas de no ser perfectos” (Smith y cols., 2016, p.99).

Esta diferenciación entre narcisismo grandioso y vulnerable es importante, pues incluso en el lenguaje común usualmente se piensa en el narcisismo desde su aspecto grandioso: “para el laico, el narcisismo se asocia más a menudo con actitudes y comportamientos arrogantes, engreídos y dominantes, que son capturados por el término grandiosidad narcisista” (Pincus y cols., 2014, p. 1). Debido a esta concepción grandiosa del narcisista, no es de extrañar que los de subtipo vulnerable, más relacionados con estrategias de evitación y victimización como forma de obtener atención, no siempre sean adecuadamente diagnosticados:

> Al colocar la mayor parte del énfasis diagnóstico en la grandiosidad manifiesta, el TNP del DSM se ha visto limitado por una pobre validez discriminante, niveles modestos de estabilidad temporal y la tasa de prevalencia más baja en el Eje II. A pesar del apoyo convergente para los dos aspectos fenotípicos asociados con el narcisismo patológico… A menudo, se centran solo en la grandiosidad al evaluar el narcisismo (Cain y cols., 2008, p. 638).

A pesar de que actualmente el DSM-V parece tomar más en cuenta los aspectos vulnerables del TNP al señalar, por ejemplo, que:

> Aunque pueden no demostrarlo externamente, la crítica puede perseguir a estos individuos y hacerles sentir humillados, degradados, minados y vacíos… Tales experiencias a menudo conducen a un retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. (American Psychiatric Association, 2014, p. 671)

Lamentablemente, las investigaciones aún no se han traducido en que los criterios diagnósticos tomen en cuenta el subtipo vulnerable, ni en que los subtipos grandioso y vulnerable fueran añadidos como especificadores del TNP; por lo que aún corresponde al clínico juzgar la pertinencia de especificarlos.

Otro problema del narcisismo es que es, quizá, uno de los trastornos con mayor dificultad de tratamiento:

> Históricamente, existe un amplio acuerdo entre los escritores clínicos de que el narcisismo patológico es un signo de pronóstico negativo para el éxito en diversos tipos de psicoterapia. Desde sus inicios como una construcción descriptiva en psiquiatría, el narcisismo ha sido concebido como una característica de la personalidad que limita el potencial de un individuo para invertir en relaciones interpersonales... Como consecuencia, limita el potencial de cambio dentro de la relación terapéutica. (Ellison, Levy, Cain, Ansell y Pincus, 2013, p.291)

Por esta razón, se han propuesto terapias especiales para su tratamiento. El modelo utilizado en el presente estudio de caso, la Terapia de Esquemas (TE), es una de estas propuestas. Fue creada entre 1990 y 1999 por Jeffrey Young y colaboradores; es específica para el trabajo con trastornos de personalidad, aunque originalmente fue diseñada para los trastornos difíciles como el narcisista o el trastorno límite. Surge de la terapia cognitivo-conductual y combina aspectos de la terapia Gestalt, teoría del apego, relaciones objetales, terapia Constructivista y Psicoanalítica (Young, Klosko y Weishaar, 2016). Lo que define a la TE como una terapia diferente a las terapias cognitivo-conductuales clásicas, es que:

> Tiene un mayor enfoque emocional y una buena disposición para explorar los orígenes de las dificultades psicológicas en la infancia y la adolescencia. Los problemas actuales se ven en términos de patrones de toda la vida a los que llamamos *esquemas*. Todo esto está integrado en una teoría

> cognitiva del modo de procesamiento de información de la personalidad. (Roediger, Stevens y Brockman, 2018, p. 1)

Justamente, el objetivo principal de la TE es el cambio de los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD), que se definen como "patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida" (Young y cols., 2016, p. 36). Estos ETD son formas rígidas de ver el mundo, que surgen como resultado de estrategias para afrontar circunstancias aversivas en la infancia:

> Estos ETD a menudo tienen un papel adaptativo en la infancia (por ejemplo, con respecto a la supervivencia en una situación privativa o abusiva). Sin embargo, en la edad adulta, son inexactos, disfuncionales y limitantes, aunque están fuertemente arraigados y con frecuencia no están en la conciencia de la persona. (Farrel y Shaw, 2018, p. 10)

Por lo anterior, la TE considera que pudieron haber servido, al menos en su origen, como una forma de adaptarse a un medio hostil o difícil, siendo esta la razón por la que parecen ser tan universales; el problema radica en que se vuelven rígidos en la edad adulta y, con ello, desadaptativos. Por ejemplo, un niño que viviera en un ambiente de constantes burlas, donde su necesidad de aceptación no fuera cubierta o que fuera avergonzado al equivocarse (esquema "imperfección/vergüenza"), puede haber desarrollado la estrategia de no mostrar ningún defecto para no ser atacado, así como mostrarse excesivamente capaz para ser admirado; el problema sería que, al crecer, puede comportarse excesivamente grandioso o con dificultades para aceptarse imperfecto, generando el trastorno de personalidad narcisista.

Además del apartado teórico-metodológico especializado para los trastornos de personalidad, la TE también cuenta con sustento empírico. Por ejemplo, a diferencia de adultos sanos, pacientes con trastornos de personalidad obtienen puntuaciones significativamente más altas

en sus modos de esquemas desadaptativos infantiles, de afrontamiento y parentales (Bamelis, Renner, Heidkamp y Arntz, 2011). También ha mostrado resultados prometedores en el trabajo de trastorno límite de la personalidad, así como otros tipos de trastornos de personalidad (Jacob y Arntz, 2013). Tiene relativos efectos a largo plazo en varios estudios (Masley, Gillanders, Simpson, y Taylor, 2012); y, aunque es un modelo terapéutico relativamente reciente, por lo que faltan mayores estudios analíticos formales, así como evidencia rigurosa en trastornos de salud mental ajenos a los de personalidad, sus resultados iniciales han demostrado ser significativos en términos de reducir los esquemas tempranos desadaptativos y mejorar los síntomas de los trastornos de personalidad (Taylor, Bee y Haddock, 2017).

Con respecto al trabajo de la TE del narcisismo, según Behary (2012), se realiza a través de la reducción de los esquemas tempranos desadaptativos que generan el narcisismo (p. ej. grandiosidad, búsqueda de aprobación, imperfección/vergüenza) y se vale de estrategias como la confrontación empática de comportamientos disfuncionales, la reparentalización limitada de las necesidades infantiles no resueltas, así como de estrategias cognitivo-conductuales y de alto impacto emocional. Se considera que las personas narcisistas tienen cuatro modos de esquema comunes: el modo exaltador de sí mismo, que se caracteriza por estrategias de sobrecompensación; el modo de protector aislado, que se caracteriza por cortar y evitar las emociones de vergüenza y vulnerabilidad; y el modo de niño solitario, que es el origen del narcisismo y que surge de haber sido niños que se sintieron solitarios, avergonzados por sus emociones vulnerables y/o reconocidos solo en función de su desempeño (más información se encontrará en la formulación de caso).

Precisamente, el tratamiento de este estudio de caso es acerca de la terapia de esquemas a un paciente que cumple con los criterios del narcisismo vulnerable: autoestima lastimada con pobre autoapoyo; grandiosidad encubierta; uso de la victimización como forma de engrandecerse; uso

del perfeccionismo rígido como forma de evitar las consecuencias aversivas de no ser reconocido; reducida empatía; presencia de sentimientos de ansiedad y depresión; comunicación pasivo-agresiva; reducido contacto con su estado emocional interno; envidia a quienes, a su juicio, hacían las cosas mejor; y estrategias de evitación social. Tomando en cuenta todo lo expuesto, se propusieron los siguientes objetivos de trabajo:

Objetivos propuestos

Objetivo principal

Reducir las características narciso-vulnerables a través de aumentar el autoapoyo, cambiar modos de afrontamiento disfuncionales y reducir síntomas de estado de ánimo mixto.

Objetivos secundarios

1) Reducir los síntomas de estado de ánimo mixto (depresión narcisista y ansiedad producto de exigirse la perfección, control y alta sensibilidad a ser juzgado) a niveles donde pueda participar en clases, conversar con gente nueva sin que sienta que siempre tiene que planear la conversación de antemano y reducir la ansiedad a niveles que considere manejables.

2) Aumentar su autoapoyo para acabar de superar un duelo que presenta por la separación de sus padres, a niveles en los que pueda aceptar el evento sin presentar el llanto esporádico que tenía al recordar el suceso. Utilizando la reparentalización limitada del niño vulnerable y contactando con los modos saludables de afrontamiento.

3) Reducir sus modos de afrontamiento disfuncionales: la sobrecompensación que genera comunicación pasivo-agresiva, exceso de orden y búsqueda de reconocimiento; la sumisión que genera victimización para engrandecerse; y el modo de protector aislado, que genera evitación social. Todo lo anterior a niveles donde sea capaz de: a) cambiar la sobrecompensación por

reconocimiento de la propia valía e imperfección, así como de su capacidad para establecer conductas asertivas; b) cambiar la victimización por reconocimiento de que puede ejercer autoapoyo y autoaceptación incondicional, así como que puede debatir y cambiar sus esquemas de pensamiento; y c) en lugar de evadirse, pueda contactar con su estado interno y aumentar su capacidad de decir lo que siente y piensa, sin dar demasiado peso a si será criticado o juzgado.

Datos de identificación del paciente

Esteban es una persona en sus veintes, soltero, de sexo masculino, de orientación homosexual, estudiante universitario y que actualmente se encuentra viviendo separado de sus dos padres y hermano menor. A continuación, se relatarán los aspectos más relevantes de la historia familiar, escolar, social y de padecimiento actual.

Hablando sobre su familia, cuando él tenía entre 5 y 6 años, sus padres debían llevar seguido a su hermano menor al hospital, pues había nacido con problemas médicos. Esto los obligaba a dejar a Esteban solo, pues no siempre había niñeras disponibles porque la mamá no permitía que cualquier persona le cuidara. Esta historia se repitió años después, en un periodo donde el padre trabajaba casi todo el día y la madre tuvo que irse a vivir a otro estado para cuidar a la abuela materna enferma; agregando que, en ese momento, también tuvo la responsabilidad de cuidar a su hermano. Esto hizo que se sintiera abandonado, además de preocupado por cuidar a su hermano. Estas experiencias las conecta con el sentimiento de soledad y preocupación por estar solo que presenta. También dice que no se sintió muy reconocido por sus padres, pues le premiaban muy poco el logro y aunque sacara buenas calificaciones, le respondían que eso era su responsabilidad. A pesar de lo anterior, siempre trató de sacar buenas calificaciones para ser reconocido. Actualmente, los padres se encuentran divorciados desde hace dos años; el proceso de divorcio fue bastante conflictivo, pues el padre no quería pagar pensión compensatoria a la madre, a pesar de

que esta no trabajó por dedicarse a cuidar a los hijos; lo que ocasionó que ella desarrollara depresión al no saber cómo subsistiría por sí misma. En este contexto, Esteban se sintió entre la espada y la pared, pues por un lado lidiaba con la depresión de la mamá y, por otro, negociaba con el papá; mientras que el hermano se quedaba al margen. Precisamente, tras la separación de los padres se detonaron los síntomas que lo llevaron a tomar terapia en un proceso anterior en el OPTA, el cual se relatará más adelante en el motivo de consulta. Actualmente, su familia se lleva con mayor armonía, al punto que en vacaciones salen a comer juntos y no hay conflictos. Sin embargo, al iniciar este proceso, Esteban señaló que aún resiente todo lo que pasó, ya que no podía evitar pensar qué habría pasado con su bienestar emocional si las cosas se hubieran llevado de forma diferente.

Con respecto a la depresión de la madre, señala que ella asistió a terapia por su depresión pero que la dejó después de unas tres sesiones, pues no le gustó porque se enojaba (él opina que fue culpa de la mamá y no tanto de la competencia del terapeuta, pues considera a su madre como un caso difícil); de hecho, en su infancia y adolescencia, la madre solía decirle que siempre debía ser el mejor, aspecto que él ha tratado de cumplir todo el tiempo. Sobre el padre, señala que este es más bien periférico y que su forma de demostrar interés es aportando lo económico. También dice que siempre se muestra fuerte y que le cuesta reconocer cuando algo va mal, al punto que no recuerda haberlo visto llorar nunca.

En el ámbito educativo, menciona que sufrió *bullying* en la mayoría de sus etapas escolares, por sus conductas femeninas y algo de sobrepeso (aún hoy en día, a pesar de estar en su peso idóneo, no se siente del todo a gusto con su cuerpo). Señala que el acoso escolar inicia desde Kínder, pero empeora en secundaria al grado de ser atacado físicamente, lo cual nunca contó a sus padres por temor a que los mandaran a llamar y les dijeran que lo molestaban por parecer gay. De hecho, aunque ya aceptó su homosexualidad, no lo ha hablado con sus papás porque dice que son

muy homofóbicos. Otro aspecto escolar es que considera que no tuvo amigos reales sino hasta que entró a la licenciatura (precisamente después del primer proceso terapéutico que tuvo en el OPTA). Estas características de *bullying*, así como los aspectos ya mencionados de su crianza familiar, hicieron que desarrollara una preocupación muy fuerte por hacer siempre las cosas bien y mostrarse excelente. Actualmente, sus calificaciones son excelentes en la licenciatura, pero se ven reducidas porque casi no participa ya que le preocupa no dar respuestas perfectas.

En lo social, menciona que presenta ansiedad al socializar con gente nueva y exponer, aunque esto no le sucede con personas que ya conoce. Con personas nuevas siente ansiedad porque le preocupa ser juzgado y rechazado, al punto que trata de planificar muy bien lo que va a decir, buscando decir todo de manera perfecta, perdiendo con ello espontaneidad. Dice querer tener una pareja, sin embargo, no conoce mucha gente nueva por su ansiedad con desconocidos. Durante las sesiones, se notó que existe poca empatía; por ejemplo, cuando sus abuelos fallecieron no sintió nada; durante las primeras sesiones presentó conductas pasivo-agresivas hacia el terapeuta; además, que le cuesta conectarse con otras personas. Esta dificultad es tal que, aunque al fin tiene amigos que considera verdaderos, se encuentra en un dilema porque por una parte dice no querer esforzarse en tener amigos, pero por otra parte sí quiere tenerlos porque sirven para algo, aunque no sabe definir para qué.

Sobre su padecimiento actual, considera que debe sacar calificaciones excelentes porque así será admirado; dice buscar constantemente aprobación de figuras de autoridad; además, que le gusta ser el centro de atención, incluso dice sentir una envidia incontrolable cuando alguien hace las cosas mejor que él. Con su ansiedad al socializar con gente nueva, señala que se pone a pensar constantemente cómo dejar la conversación cuando no logra encontrar algo interesante de qué hablar. Otro aspecto que se hace evidente durante las sesiones, es que existe autoestima lastimada

que se manifiesta en pobre capacidad de autoapoyo: no siente que pueda lograr cambios, llegando a señalar que, cuando está solo, siente que necesita estar con alguien más. Este pobre autoapoyo se ve traducido en conductas de victimización donde, de manera encubierta, obtiene reconocimiento al jugar con el papel de la víctima que soporta las dificultades, además, de que evita cambiar sus conductas al justificarse en lo difícil que es hacerlo. Finalmente, también se notó que presenta una capacidad muy reducida para contactar con su estado interno, dificultándosele reconocer emociones, pensamientos o incluso sensaciones básicas como agrado o desagrado; así como una tendencia a evitar y sobrecompensar pensamientos, situaciones y emociones que le molesten y/o le hagan sentir vergüenza.

Motivo de consulta

Esteban asiste porque dice encontrarse con muchas ideas en la cabeza y le preocupa recaer en las crisis de llanto incontrolable que tuvo hace dos años. Adicionalmente, desea trabajar habilidades sociales pues presenta ansiedad al socializar con gente nueva. No parece existir un desencadenante único para volver a asistir a terapia, pero el principal motivante es la frustración por su ansiedad, así como temor a recaer en depresión.

Con respecto a los intentos de solución anteriores, buscó ayuda terapéutica por primera vez en las instalaciones del OPTA hace dos años; pues a partir del divorcio de sus padres comenzó a tener crisis de llanto, síntomas de ansiedad y depresión, así como autoestima debilitada. En ese primer proceso se trabajó con el modelo humanista-Gestalt y le diagnosticaron trastorno histriónico de la personalidad con trastorno adaptativo mixto. La terapeuta de ese entonces le recomendó asistir al psiquiatra, sin embargo, no quiso hacerlo. En esa época Esteban aún no había aceptado su homosexualidad, aceptándola al final. Además, se logró que desaparecieran las crisis de llanto (actualmente suele llorar de vez en cuando sin motivo aparente, pero ya no de manera

descontrolada). Sufrió un asalto a mano armada mientras aún estaba en esa psicoterapia, haciendo que desarrollara miedo al regresar a su casa en la noche; aunque se trabajó esto hace dos años, en la actualidad aún presenta algo de miedo. Esteban señaló que, si bien el proceso de hace dos años le ayudó a darse cuenta de varias cosas, en última instancia sentía que tenía peleas con quien fuera entonces su psicoterapeuta. Por lo anterior, en últimas sesiones se cuidaba muy bien de qué decir.

Cabe mencionar que no es el primer proceso psicológico que ha tomado, pues a los 18 años asistió a 10 sesiones de orientación vocacional porque no sabía qué estudiar. Señala que el psicólogo que lo atendió, en esa época, también sugirió que se trabajaran aspectos psicológicos y emocionales; pero sus padres no quisieron que continuara asistiendo, así que dejó de hacerlo.

Técnicas e Instrumentos para evaluar al paciente

Para el diagnóstico y evaluación se utilizaron seis instrumentos: el Inventario de Depresión, de Beck (BDI); el Inventario de Ansiedad, de Beck (BAI); una escala de enojo-rasgo; el Cuestionario de Esquemas de Young versión corta (CEY-S3); una Escala Global que mide el nivel de funcionamiento en varias áreas; y la escala *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM). Las características de cada instrumento se relatarán a continuación.

Inventario de depresión, de Beck (BDI)

El BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) es un instrumento originalmente desarrollado por Aaron Beck y colaboradores para medir síntomas y actitudes que describen manifestaciones específicas de conductas de depresión. La estandarización que se utilizó fue la de Jurado y cols. (1998); que se realizó en residentes de la Ciudad de México y que presentó una confiabilidad alfa de Cronbach de .87; así como una validez concurrente con la escala de Zung de r=.70 en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de depresión. Esta estandarización contiene 21

grupos de ítems, cada grupo tiene 4 modalidades de respuesta que van desde la ausencia de síntomas (0), hasta la máxima severidad (3). Un grupo de reactivos, que vienen en el BDI de esta estandarización, son: (0) yo no me siento triste, (1) me siento triste, (2) me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo, y (3) estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. Si se desea revisar el instrumento completo, se puede hacer en el apartado B del anexo 3.

Las normas de calificación para México son las siguientes:

Tabla 1
Normas de calificación del BDI

Nivel de depresión	Porcentaje crudo	Rango percentilar de población general	Rango percentilar de Población estudiantil
Mínima	0 a 9	4 - 61	5 – 59
Leve	10 a 16	66 - 81	64 – 86
Moderada	17 a 29	83 - 96	88 – 97
Severa	30 a 63	97 - 99	98 – 99

Nota. Adaptado de la tabla 4 de "la estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México", Jurado, S. y cols., 1998, *Salud mental*, 21, p. 30.

Inventario de ansiedad, de Beck (BAI)

El BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) es una escala que fue desarrollada originalmente por Aaron Beck y colaboradores para evaluar la presencia y severidad de la sintomatología ansiosa en una persona. La versión mexicana del BAI (Robles y cols., 2001), mostró una alta consistencia interna con alfas de .84 en estudiantes y .83 en adultos, alta confiabilidad Test-retest con r=.75 y con adecuada validez convergente en cuanto a su correlación con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Esta adaptación mexicana consta de 21 ítems que corresponden con sintomatología ansiosa variada; cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta en función de qué tanto se presenta el síntoma: poco o nada (0), más o menos (1), moderadamente (2),

severamente (3). Algunos ítems, de esta versión, son: presencia de entumecimiento u hormigueo, presencia de sensación de mareo, miedo a que pase lo peor, etc. Si se desea revisar esta prueba, se encuentra en el apartado C del anexo 3.

Las normas de calificación son las siguientes:

Tabla 2
Normas de calificación del BAI

Nivel de ansiedad	Puntaje Crudo	Rango Percentilar
Mínima	0- 5	1- 10
Leve	6- 15	25- 50
Moderada	16- 30	75- 90
Severa	31- 63	95- 99

Nota. Adaptado de la tabla 1 de "Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas", Robles, R. y cols., 2001, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, p. 214.

Escala Enojo-Rasgo

La escala Enojo-Rasgo es una prueba para medir el enojo como rasgo y consta de 10 reactivos, los cuales se puntúan en función de cuatro opciones de respuesta: casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y casi siempre (4). Los puntajes van de 10 a 40, donde 40 representa la severidad máxima. Algunos reactivos son: tengo un carácter irritable, me enojo muy fácilmente, tengo un carácter enojón, etc. Esta prueba originalmente es una subescala del ML-STAXI (Moscoso, 2000; Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011), concretamente la subescala "enojo-rasgo", que tiene una confiabilidad general de .83 en su validación para México por Alcázar-Olán y colaboradores. Cabe mencionar, que el ML-STAXI deriva, a su vez, de la escala original de Moscoso y Spielberger (1999). Si se desea revisar la subescala de enojo-rasgo utilizada, se puede hacer en el apartado A del anexo 3.

Para el presente trabajo, se usó la siguiente escala de calificación:

Tabla 3
Rangos de calificación de la escala Enojo-Rasgo

Puntaje	Calificación
10 a 16	Bajo
17 a 22	Promedio
23 a 40	Alto

Cuestionario de esquemas de Young (CEY)

El CEY original (Young y Brown, 1990, 2006) fue creado para medir los esquemas tempranos desadaptativos propuestos por la terapia de esquemas. Cada ítem tiene seis opciones de respuesta y, a diferencia de otras escalas Likert, se toman en cuenta solo las puntuaciones más altas, usualmente las que alcanzan de 5 a 6. Estos ítems altos se comentan con el cliente para evaluar si efectivamente se corresponden con posibles esquemas dañados. Se considera que, si el paciente obtiene 3 o más ítems altos por esquema, eso significa que tal esquema suele ser relevante. Cabe aclarar que, para el presente estudio, se decidió usar una escala de 0 a 5 ya que se consideró que el 0 definía mejor las respuestas de "totalmente falso". Por lo anterior, se toman como puntuaciones más altas el 4 y 5.

Hay que resaltar que, originalmente, el CEY en su versión en inglés (*Young Schema Questionnaire Long Form YSQ-L*) era una escala Likert de más de 200 ítems; sin embargo, al realizarse la adaptación española (Cid Colom, 2016) se obtuvo una versión abreviada de solo 75 preguntas (CEY-VR); dónde se lograron encontrar buenas consistencias internas para cada esquema, con un alfa de Cronbach promedio de .71, donde la única excepción fue el esquema de "metas inalcanzables" con una puntuación de .52; también se obtuvo buena estabilidad Test-retest con un promedio de .61.

Otro ejemplo de adaptación al español, es la adaptación chilena del CEY-S3 (Quiñones y cols., 2018) donde se obtuvo que la estructura factorial es coherente con el modelo teórico; así como una consistencia interna adecuada en 17 de los 18 esquemas, con un promedio alfa de Cronbach de .70, con excepción del esquema "grandiosidad" con alfa de Cronbach de .64. Se señala que los índices obtenidos en el esquema de grandiosidad coinciden con otros estudios realizados, lo que puede indicar que las diferencias culturales afectan la respuesta a este esquema. También se encontró que las muestras psiquiátricas efectivamente tienden a puntuar más alto que muestras universitarias.

Otro ejemplo de adaptación en idioma español del CEY-S3, es la peruana (Matute, 2019), donde también se encontró que, como se esperaría, las muestras clínicas obtenían puntajes más altos que las muestras no clínicas. Es de señalar que el nivel de confiabilidad, que fue obtenido por coeficiente omega, fue aceptable para todas las subescalas. Lamentablemente, aún no existe una estandarización para México, por ello se decidió utilizar el CEY-S3 de la versión peruana, ya que es la adaptación más reciente y el vocabulario es más semejante al español que se habla en México. Algunos ítems, de esta estandarización, son: tener dinero y conocer a personas importantes me hace sentir valioso; tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago, no puedo aceptar ser el segundo mejor; me preocupa que las personas, a las que me siento unido, me dejen o me abandonen; etc. Este instrumento se puede revisar en el trabajo original de Andrea Matute (Matute, 2019).

Escala Global

La Escala Global (Moreno, 2014) es una pequeña escala tipo Likert desarrollada para medir niveles de afectación en el funcionamiento de varias áreas de la vida: social, laboral, ocio, familia, salud física y pareja. En esta escala, mientras mayores sean los puntajes, mayor es la afectación. Tiene seis opciones de respuesta que van desde "nada" de afectación, a "muchísimo" de afectación;

siendo la primera opción equivalente a cero y la última a cinco. Algunos ítems que contiene son: mi funcionamiento en el trabajo/escuela está siendo afectado, mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada, etc. Si se quiere revisar esta escala, se puede hacer en el apartado A del anexo 3.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation –Outcome Measure (CORE-OM)

El CORE-OM (Evans y cols., 1998) es una escala Likert que evalúa el nivel de angustia psicológica y cuyas subescalas miden: el detrimento del bienestar subjetivo; problemas/síntomas de ansiedad, depresión, físicos y de trauma; funcionamiento en general, en relaciones íntimas y en relaciones sociales; y nivel de riesgo de daño a sí mismo y/o a otros. También tiene la ventaja de que se puede usar para medir la efectividad terapéutica. En la versión que se usó en este estudio, la adaptación al español (Feixas y cols., 2012), se menciona que todas las dimensiones muestran consistencias internas apropiadas con alfas de entre 0,75 y 0,90; validaciones convergentes altas con varias pruebas, incluyendo el BDI y el BAI; así como estabilidad Test-retest alta de entre 0,87 y 0,91; además que señala que es una de las pruebas de mayor uso en Reino Unido en los servicios públicos. Cuenta con cinco opciones de respuesta que van desde nunca (0) a siempre o casi siempre (4). Algunos ítems, de esta prueba, son: me he sentido muy solo y aislado, me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal, he pensado en hacerme daño a mí mismo, etc. El CORE-OM se utilizó como medida de apoyo para evaluar el estado de la sintomatología en las sesiones de seguimiento, así como la efectividad terapéutica. Esta prueba está disponible de manera gratuita, siempre que se respeten los lineamientos que los autores solicitan para su uso libre; se puede revisar en su sitio web oficial para la adaptación al español: http://www.ub.edu/terdep/core/#.XupysWgzbIU

Las categorías de calificación propuestas en la adaptación al español, son:

Tabla 4
Calificación CORE-OM

Puntaje	Calificación
0 a 5	Saludable
6 a 10	Leve
11 a 15	Medio
16 a 20	Moderado
21-25	Moderado a severo
25 en adelante	Severo

Diagnóstico del paciente

Para el proceso de diagnóstico se decidió mantener el sistema multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado de la cuarta edición (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002), pero utilizando los criterios diagnósticos de la versión más reciente, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Una dificultad que se encontró es que Esteban presentaba una variedad sintomatológica que podría corresponder a los trastornos del estado de ánimo, a los trastornos de ansiedad, a los relacionados con trauma y factores de estrés, y a los trastornos de personalidad. Por lo anterior, se realizó un diagnóstico diferencial para los trastornos del eje I y del eje II (revisar anexo 1). Además, se agregó un diagnóstico diferencial según la TE (el cual se muestra en el anexo 2).

Se consideró que el trastorno narcisista con características vulnerables era el que mejor cuadraba con la sintomatología y no el trastorno histriónico. Como ya se mencionó en la introducción, este tipo de narcisismo conlleva la experiencia consciente de indefensión, baja autoestima y sentimientos de vergüenza y vacío; aspectos que, si bien generan sufrimiento, también

proporcionan un estatus especial al que les cuesta renunciar. Además, este subtipo: “está vinculado con el uso de la evitación social para hacer frente a las amenazas al sí mismo, al retirarse vergonzosamente cuando no es posible la auto representación ideal o la admiración que se necesita no se aproxima” (Pincus y cols., 2009, p. 367).

Igualmente, se decidió quitar el trastorno adaptativo mixto porque los síntomas ansioso-depresivos habían disminuido significativamente. Por lo que se manejó como duelo complicado. Tampoco se decidió poner el trastorno de estrés postraumático, porque no era suficiente la gravedad de los síntomas producto del asalto a mano armada. También se evitó diagnosticar trastorno de pánico en remisión, ya que no presentaba los síntomas en la actualidad, por lo que era difícil evaluar si efectivamente el llanto era debido a ese trastorno. Finalmente, no se diagnosticó ansiedad social porque la ansiedad solo se limitaba ante la gente nueva y participar en clase. La evaluación multiaxial quedó de la siguiente forma:

Eje I: Duelo complicado y episodio traumático (asalto a mano armada).

Eje II: Trastorno de personalidad narcisista 301.81 (F60.81) con rasgos de personalidad evitativa y obsesivo-compulsiva (narcisismo vulnerable).

Eje III: No parecen existir enfermedades médicas significativas.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (desconfianza con los padres) y problemas relativos al ambiente social (ansiedad al socializar).

Eje V: 40: alteración importante en varias áreas (familiar, social y escolar) y alteración en estado de ánimo (ansioso).

Formulación de caso

Al hablar de la formulación del caso, diagnóstico y tratamiento según la TE; resulta vital explicar algunos aspectos básicos de su constructo teórico. Para ello, en este capítulo se hará mención de sus aspectos más importantes: el origen de los esquemas tempranos desadaptativos, las cinco grandes dimensiones de los ETD, los 18 esquemas distorsionados comunes que los autores han descubierto, los tres estilos o respuestas de afrontamiento propuestos y, finalmente, los modos de esquema producto de la unión de los anteriores conceptos. Todo lo anterior según es planteado en el libro central de la TE: la guía práctica de la terapia de esquemas (Young y cols., 2016).

Ya se mencionó en la introducción cómo los ETD son patrones emocionales y cognitivos rígidos y contraproducentes, que inician en la infancia y se reproducen a lo largo de la vida generando disfuncionalidad en grado significativo. Los autores plantean que surgen cuando no se brindan las cinco necesidades nucleares básicas de los seres humanos, las cuales son:

1. Establecimiento de vínculos seguros con los demás (que implican la capacidad de los adultos de brindar a los menores seguridad, cuidados, aceptación y estabilidad).
2. Desarrollo del menor de su autonomía, competencia e identidad.
3. Establecimiento de límites realistas y autocontrol.
4. Desarrollo de la capacidad para expresar necesidades y emociones.
5. Libertad para la espontaneidad y el juego.

El bloqueo en estas necesidades genera, de manera correspondiente, cinco grandes dimensiones de esquemas desadaptativos, las cuales son:

Dimensión I: desconexión y rechazo (que es la parte patológica de no lograr el establecimiento de vínculos seguros). Las personas con problemas en esta dimensión tienen

dificultad para establecer apegos seguros, lo que ocasiona que en su adultez crean que sus necesidades de seguridad, cuidado, aceptación y estabilidad no serán cubiertas.

Dimensión II: deterioro en autonomía y ejecución (que es la parte patológica de no lograr el desarrollo de la autonomía, competencia e identidad). Se presentan problemas para diferenciarse de las figuras parentales y funcionar de manera independiente. Es común que los padres los sobreprotegieran o, en el extremo opuesto, no les cuidaran.

Dimensión III: límites insuficientes (que es la parte patológica de no haber establecido límites realistas y un adecuado autocontrol). No se desarrolla autocontrol y/o límites suficientes, lo que ocasiona que les cueste respetar derechos ajenos, cumplir objetivos a largo plazo, cooperar, etc. Son producto de padres que fracasaron a la hora de establecer adecuados límites y reglas, pueden venir de familias demasiado permisivas.

Dimensión IV: excesiva focalización en los otros (que es la parte patológica de no haber podido desarrollar la capacidad para expresar las propias necesidades y emociones). Presentan excesiva inclinación por satisfacer las necesidades de los demás frente a las propias, lo que ocasiona que dejen de lado sus necesidades personales, a fin de obtener aprobación de los otros. Suelen ser producto de familias donde la aceptación era altamente condicionada.

Dimensión V: hipervigilancia e inhibición (que es la parte patológica de no haber podido tener una adecuada libertad para la espontaneidad y el juego). Se suelen suprimir sus impulsos y sentimientos espontáneos, producto de una necesidad por satisfacer una serie de reglas internas rígidas sobre su propio comportamiento, ocasionando una gran pérdida de su capacidad de disfrute y libertad. Son producto de una educación exigente donde no se les animó a jugar o alcanzar la

felicidad, sino a reprimirse, estar hipervigilantes a los aspectos negativos de la vida, autocontrolarse en exceso, etc.

Hasta el momento se han identificado 18 ETD correspondientes a estas cinco dimensiones, en la tabla 5 se pueden observar:

Tabla 5
Dimensiones y Esquemas tempranos desadaptativos (ETD)

Dimensión I: Desconexión y rechazo		
1. Esquema de Abandono/Inestabilidad: percepción de que existe inestabilidad o poca seguridad en las relaciones. Se siente que no se dispondrá de adecuado apoyo emocional, conexión o protección. Surge porque los cuidadores en su momento abandonaron al menor, solo estuvieron presentes en pocas ocasiones, porque hubo muertes inminentes o porque fueron emocionalmente inestables y poco previsibles.		
2. Esquema de Desconfianza/Abuso: se produce la expectativa de que los otros se aprovecharán, herirán, abusarán, humillarán, mentirán y/o manipularán a la persona. Suele ser producto de negligencia y abusos en la infancia.		
3. Esquema de Privación emocional: se considera que no se obtendrá un nivel adecuado de satisfacción y apoyo emocional por parte de los demás. Se distinguen tres tipos de privaciones emocionales dependiendo de qué tipo de privación emocional se sufrió:		
A. Privación de cuidados Falta de atención, afecto y compañía.	B. Privación de empatía Falta de comprensión, escucha, autoapertura, o de compartir sentimientos.	C. Privación de protección Falta de guía y dirección por parte de los demás.
4. Esquema de Imperfección/Vergüenza: creencia de que se es defectuoso, malo, no querido, inferior o inválido; o de que la persona no será querida por los demás de mostrarse tal como es. Es producto de haber sido criticado y/o avergonzado. Existen dos subtipos de este esquema:		
A. Imperfecciones privadas Imperfecciones internas como deseos sexuales, impulsos, etc.	B. Imperfecciones públicas Imperfecciones externas como el aspecto físico, habilidades sociales, etc.	
5. Esquema de Aislamiento social/Alienación: la persona considera que está aislada del resto del mundo, es diferente de los demás y no participa o forma parte de un grupo o comunidad.		
Dimensión II: Deterioro en autonomía y ejecución		
6. Esquema de Dependencia/Incompetencia: creencia de que se es incapaz de realizar las propias responsabilidades diarias de forma competente, sin considerable ayuda de los demás. Puede presentarse como pasividad y/o indefensión.		

7. Esquema de Vulnerabilidad al peligro: implica el miedo exagerado a que una catástrofe podría ocurrir en cualquier momento y que no se será capaz de prevenirla. Los miedos comúnmente son: catástrofes médicas, catástrofes emocionales (volverse loco) y catástrofes externas.

8. Esquema de Apego Confuso/Inmaduro: estas personas están excesivamente implicadas y unidas con una o más personas significativas (a menudo los padres), a expensas de una completa individualización o un desarrollo social normal.

9. Esquema de Fracaso: conlleva la creencia de que uno ha fracasado, de que inevitablemente se fallará o de que se es inadecuado en cuanto a rendimiento en relación con los pares.

Dimensión III: Límites insuficientes

10. Esquema de Grandiosidad: se cree ser superior a los demás, lo que legitima tener derechos o privilegios especiales; o no tener que limitarse por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual. Puede conllevar la creencia de que se debe tener lo que se quiere, sea o no realista; o un exagerado foco en la superioridad para obtener poder y control. Puede incluir exceso de competitividad o dominio sobre los otros.

11. Esquema de Insuficiente Autocontrol: existe dificultad y/o rechazo a tener el suficiente autocontrol y tolerancia a la frustración para conseguir los propios objetivos, así como contener y reprimir la expresión excesiva de emociones e impulsos.

Dimensión IV: Excesiva focalización en los otros

12. Esquema de Subyugación: tendencia a ceder al control o coerción de los demás, usualmente para evitar la cólera, represalias o el abandono. Existen dos subdivisiones:

A. Subyugación de las necesidades Donde se suprimen las propias preferencias y deseos.	B. Subyugación de las emociones Supresión de los propios sentimientos (generalmente la ira) suele presentar síntomas desadaptativos (arranques de ira, enfermedades psicosomáticas, etc.).

13. Esquema de Autosacrificio: exceso de atención por satisfacer de manera voluntaria las necesidades de los demás, a expensas de la gratificación propia. Se diferencia de la subyugación porque el sacrificio es voluntario. Puede generar resentimiento a quienes se atiende.

14. Esquema de Búsqueda de aprobación/Reconocimiento: excesivo énfasis en buscar en los demás aprobación, reconocimiento, atención y/o en llevarse bien; a expensas de desarrollar un sentido seguro verdadero del sí mismo. Se puede poner excesivo énfasis en el estatus, aspecto, dinero, logro y/o aceptación social; como forma de obtener aprobación, admiración y/o atención (sin deberse necesariamente a la búsqueda de poder y control).

Dimensión V: Hipervigilancia e inhibición

15. Esquema de Negatividad/Pesimismo: focalización general y constante en los aspectos negativos, mientras que se minimizan o niegan los aspectos positivos u optimistas.

16. Esquema de Inhibición emocional: excesiva inhibición de las acciones, sentimientos o comunicación espontáneos; normalmente, para evitar sentimientos de vergüenza o pérdida de control de

los propios impulsos. Las áreas de inhibición más comunes son: a) de la ira y agresión, b) de los impulsos positivos, c) excesivo énfasis en la racionalidad y/o d) de la expresión de la propia vulnerabilidad o para comunicar libremente los sentimientos y deseos.

17. Esquema de Metas inalcanzables: se cree que hay que esforzarse para satisfacer estándares internos muy elevados; normalmente para evitar las críticas. Produce sentimientos de presión o dificultad para reducir el ritmo, así como la tendencia a la hipercrítica hacia uno mismo y los demás. Estos estándares implacables suelen presentarse como: a) perfeccionismo, atención excesiva al detalle o la subestimación de la propia ejecución: b) reglas rígidas y "deberías" en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, culturales o éticos irrealmente altos; o c) preocupación por el tiempo y eficiencias.

18. Esquema de Castigo: creencia que las personas deben ser duramente castigadas por cometer errores. Conlleva la tendencia a estar furioso, ser intolerante, punitivo e impaciente con los demás (incluido uno mismo). Suele incluir también las dificultades para perdonar o perdonarse los errores porque se es reacio a considerar las circunstancias, a permitir la imperfección o a empatizar con los sentimientos ajenos.

Nota. Adaptado de figura 1.1 de "*Terapia de esquemas: guía práctica*" (2da ed.), Young, J. y cols., 2016, pp. 46-49, España: Desclée De Brouwer. Copyright 2002 de Jeffrey Young.

Además, Young y colaboradores proponen que existen tres respuestas de afrontamiento ante los esquemas: sobrecompensación, evitación y rendición; las cuales se corresponden con las tres respuestas básicas que todo organismo posee ante la amenaza: ataque, huida e inmovilidad.

1. Sobrecompensación: las personas "luchan" contra sus esquemas; se comportan, piensan, sienten y se relacionan de manera totalmente contraria al esquema. Por ejemplo, si no toleran ser imperfectos, se buscan mostrar como totalmente perfectos; si tienen miedo a la soledad, se comportan excesivamente alejados, etc.

2. Evitación: la persona intenta huir de los pensamientos, emociones y situaciones que activan el esquema. Bloquean u olvidan pensamientos, evitan u ocultan sentimientos, evaden situaciones que puedan activar el esquema, se involucran en conductas que les evaden (beber en exceso, tomar drogas, trabajar demasiado, realizar actividades compulsivas, etc.) Estos procesos pueden ser automáticos e inconscientes, o intencionales. Los pacientes suelen evitar la terapia, olvidar tareas, no respetar los horarios de consulta o distraerse con asuntos irrelevantes.

3. Rendición: consiste en someterse plenamente y favorecer el cumplimiento del esquema disfuncional. Toman el esquema como auténtico, ocasionando que se repitan los patrones. Sus reacciones emocionales son desproporcionadas y las experimentan plena y conscientemente. En terapia pueden atribuir al terapeuta el rol del cuidador que les causó el esquema.

Algo importante de la TE es que desarrolló el trabajo de modos de esquema, para pacientes narcisistas y límites. Los modos de esquema son la unión constante de ciertos ETD con determinados estilos de afrontamiento. Este trabajo se creó porque los pacientes límites y narcisistas suelen tener varios esquemas dañados, lo que hace muy tardado modificar cada esquema y estilo de afrontamiento por separado, si no imposible, por lo que es mejor trabajarlos por grupos.

Se han identificado 10 modos de esquema comunes, que se agrupan en 4 categorías. En la tabla 6 se muestran los modos de esquema manejados en la TE.

Tabla 6
Modos de esquema

A. Modos de niño Son modos innatos y universales, pues todos los niños nacen con el potencial de manifestarlos.	1- Niño vulnerable: está en la mayoría de esquemas nucleares. Se subdivide en:	Abandonado/solitario: que es el niño que se sintió abandonado.
		Abusado: que es el niño que sufrió de abusos.
		Carente de afecto: que es el niño que sintió falta de afecto.
		Rechazado: que es el niño que sintió rechazado.
	2- Niño enojado: es el niño que se enfada por las necesidades emocionales insatisfechas y que actúa con ira, sin pensar en las consecuencias.	
	3- Niño impulsivo-indisciplinado: es el niño que expresa emociones, actúa sobre deseos y sigue sus inclinaciones naturales, sin reparar en las consecuencias.	
	4- Niño feliz: es aquel cuyas necesidades nucleares se encuentran satisfechas.	
B. Modos disfuncionales de afrontamiento Se relacionan con la rendición, evitación y sobrecompensación.	5- Rendición sumisa: la persona se somete al esquema convirtiéndose una vez más en el niño con problemas.	
	6- Protector aislado: se retira psicológicamente del esquema a través de: a) retirada social/exceso de autonomía, al mostrarse exageradamente independiente, alejado y/o autosuficiente; b) búsqueda compulsiva de estimulación por medio de distracción a través de excitación, compra compulsiva, sexo, actividades de riesgo, etcétera; c) tranquilización por adicción al alcohol, drogas, comer en exceso, masturbación excesiva; y d) retiro psicológico a través de la disociación, negación, fantasía u otras formas de escape psicológico.	

	7- Sobrecompensador: la persona contrataca para negar el esquema, pero de un modo que se muestra disfuncional. Generalmente a través de: a) agresión y hostilidad al desafiar, culpar, abusar, atacar o criticar a otros; b) exceso de dominancia/autoafirmación al controlar a los demás haciendo referencia al cumplimiento de objetivos; c) búsqueda de reconocimiento y estatus mediante el intento de impresionar a los demás y buscar su atención; d) manipulación/explotación de los demás para satisfacer sus necesidades a través de manipulación encubierta de manera seductora o deshonesta; e) Rebelión pasivo-agresiva a través de comportamientos complacientes pero castigando y rebelándose de forma encubierta, burlándose, dejando de hacer y/o demorándose; y f) obsesión por el exceso de orden manteniendo un estricto orden y autocontrol o altos niveles de predictibilidad por medio de la planificación, excesiva adherencia a la rutina o los rituales y dedicación excesiva a encontrar la mejor forma de lograr las tareas o evitar resultados negativos.
C. Modos parentales disfuncionales Son producto de la internalización de los modelos parentales desadaptativos.	8- Padre castigador/ crítico: es la voz del padre/ madre que castiga a los modos del niño por ser "malo". 9- Padre exigente/demandante: es la voz padre/madre que constantemente empuja y presiona al niño para que alcance estándares exageradamente altos.
D. Modo funcional Este es el modo que se trata de fortalecer en la terapia y que es la parte sana y adaptativa.	10- Adulto saludable: es la parte adulta del paciente que le ayuda a moderar, cuidar y/o cambiar a los otros modos.

Nota. Se colocan en gris los modos de esquema identificados en Esteban. Adaptado de tabla 2 y 5 de "Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar", López, A. y cols., 2011, *Ciencias Psicológicas*, 5, págs. 7, 16. Y de "*Terapia de esquemas: guía práctica*" (2da ed.), Young, J. y cols., 2016, 407-452, España: Desclée De Brouwer.

Diagnóstico según la TE

En la tabla cinco se puede apreciar que Esteban presenta el modo de esquema infantil vulnerable en dos vertientes: el niño abandonado y el niño carente de afecto. El niño abandonado porque un tema central es el temor a ser abandonado/rechazado, como cuando sus padres lo dejaban solo cuidando de su hermano o como cuando recibió *bullying*. El niño carente de afecto porque otro tema es el temor a no recibir adecuado acompañamiento emocional, debido a que sus padres no sabían ser empáticos (esquema de privación emocional empática y de protección); al grado que

no sentía confianza de contarles sus problemas porque no creía que tuvieran la capacidad de guiarle o ponerse en sus zapatos; incluso no les reveló que sufrió *bullying*, por miedo a que les contaran que sus compañeros creían que era homosexual y esto les enojara.

En cuanto a modos disfuncionales de afrontamiento, presenta submodos en cada una de las tres categorías: sobrecompensación, rendición sumisa y evitación. La mayoría corresponden con la sobrecompensación, porque presenta búsqueda de reconocimiento y estatus, rebelión pasivo-agresiva y obsesión por el exceso de orden. En el modo de protector aislado presenta retirada social/exceso de autonomía, pues se aísla y evita. También parece presentar rendición sumisa, ya que muchas veces se somete a sus esquemas de vulnerabilidad, metas inalcanzables, búsqueda de aprobación, etc. (mayor información sobre sus esquemas se presentará en los puntajes obtenidos en el CEY-S3).

Su modo parental es padre/madre exigente, pues sus padres solían ponerle estándares muy altos; por ejemplo, su madre le decía que siempre debía ser el mejor y ambos padres no lo felicitaban por sus buenas calificaciones, sino que le decían que “esa era su responsabilidad”.

Con respecto al diagnóstico y evaluación, los puntajes que obtuvo en el CEY-S3, fueron:

Tabla 7
Puntajes iniciales obtenidos en el CEY-S3

Dimensión	Esquemas desadaptativos	Suma	Media	Porcentaje	Ítems de 4 o 5
Desconexión y rechazo	Privación emocional	17	3.4	68 %	1 ítem de 4 y 1 de 5
	Abandono e inestabilidad	23	4.6	92 %	4 ítems de 5
	Desconfianza y Abuso	10	2	40 %	1 ítem de 4
	Aislamiento social	18	3.6	72 %	3 ítems de 4
	Imperfección/vergüenza	7	1.4	28 %	Ningún ítem de 4 o 5
Deterioro en autonomía y ejecución	Fracaso	10	2	40 %	1 ítem de 4
	Dependencia/incompetencia	7	1.4	28 %	Ningún ítem de 4 o 5
	Vulnerabilidad al peligro/enfermedad	17	3.4	68 %	3 ítems de 4
	Apego confuso/ yo inmaduro	3	0.6	12 %	Ningún ítem de 4 o 5

Dirigido por la necesidad de los otros	Subyugación	10	2	40 %	1 ítem de 4
	Autosacrificio	13	2.6	52 %	Ningún ítem de 4 o 5
	Búsqueda de aprobación	17	3.4	68 %	1 ítem de 4 y 1 de 5
Sobre-vigilancia e inhibición	Inhibición emocional	13	2.6	52 %	Ningún ítem de 4 o 5
	Metas inalcanzables	22	4.4	88 %	3 ítems de 4 y 2 de 5
	Negatividad/pesimismo	16	3.2	64 %	2 ítems de 4
	Castigo	13	2.6	52 %	1 ítem de 4
Límites deficientes	Grandiosidad/autorización	21	4.2	84 %	2 ítems de 4 y 2 de 5
	Autocontrol insuficiente	5	1	20 %	Ningún ítem de 4 o 5
	Total	242	2.69	54 %	

Nota. Se ponen los esquemas con mayor puntaje de Esteban en tonos más oscuros. Se recuerda que, para efectos del estudio, se usa una calificación de 0 a 5.

Los tres esquemas con mayor daño, ordenados de mayor a menor, son: abandono e inestabilidad, metas inalcanzables y grandiosidad/autorización. Estos tienen por lo menos 4 ítems mayores a 4, señalando que son esquemas vitales dañados. En gravedad le siguen, igualmente en orden de mayor a menor: aislamiento social, vulnerabilidad al peligro/enfermedad, privación emocional, búsqueda de aprobación, negatividad/pesimismo y castigo. También es importante mencionar los esquemas de autosacrificio e inhibición emocional, que, si bien no tienen ítems de 4 o 5, sus puntuaciones sí tienen un porcentaje algo elevado.

Como se podrá notar, Esteban es un caso complejo de diagnosticar, pues presenta varios modos de esquema: dos modos de niño vulnerable (abandonado y privado), cuando las personas suelen tener uno. Presenta al menos un modo de afrontamiento distorsionado en cada una de las 3 grandes divisiones de modos de afrontamiento disfuncionales (rendición sumisa, protector aislado y sobrecompensador), cuando las personas solo suelen caer en uno de los modos de afrontamiento. Lo anterior podría explicar la gran variedad de sintomatología ansiosa, depresiva, adaptativa y de personalidad. También podría explicar las características vulnerables, pues aparte del niño vulnerable con sus variantes de abandono y privación emocional, también tiene esquemas como vulnerabilidad al peligro/enfermedad, negatividad y castigo. Los esquemas anteriores pueden explicar su pobre autoapoyo y que sufriera del trastorno adaptativo-mixto.

Algo que llama la atención es que se hipotetizó que uno de sus ETD más altos sería el de desconfianza y abuso, pues sufrió *bullying* la mayor parte de su vida escolar. Sin embargo, solo tuvo un ítem de 4 en este esquema, lo que se mantuvo en la aplicación final del CEY-S3. Una hipótesis es que influyó el cuidado de su madre, ya que esta tendía a cuidarlos mucho por lo que quizá eso le impidió desarrollar desconfianza con los otros. Aunque se considera que la hipótesis más plausible es que la terapia anterior ayudó a reparar parte de este esquema al trabajar el *bullying*.

En todo caso, el trastorno con el que encajan todos los esquemas y modos de esquema, según la teoría de la TE, es el narcisista. A continuación se presentan los esquemas y modos de esquema comúnmente dañados en el TNP:

Tabla 8

Esquemas y modos de esquema del trastorno narcisista de la personalidad

Esquemas dañados más importantes	Modos de esquemas principales	
- Privación emocional - Imperfección - Grandiosidad Puede presentar otros esquemas: búsqueda de aprobación, adicciones y búsqueda de estimulación (estrategias de evitación), metas inalcanzables, subyugación y desconfianza	Niño solitario	Se sienten niños solitarios, valorados cuando son ensalzados por los padres. No se sienten queridos y adorables. Se sienten vacíos. En el modo vulnerable del narcisismo, no se sienten especiales sino como "la media, como los demás", lo que significa rechazo y que son socialmente inaceptables. Se activa por la pérdida de la valoración, posición y estatus.
	Exaltación de uno mismo	Excesiva sobrecompensación al sentirse especial, importante, competitivo, buscando atención y estatus. Se siente superior, crítico con los demás, sin mostrar empatía, envidioso. Es el modo por defecto.
	Protector aislado	Manifiesta intereses solitarios, conductas compulsivas, se distrae, etc. Este modo ayuda a cortar las emociones que surgen cuando está solo o en ausencia de fuentes de validación. Evitando la activación del niño solitario.

Nota. Adaptado de tabla 14 de "Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar", López, A. y cols., 2011, Ciencias Psicológicas, 5, p. 26.

En este trastorno se contienen casi todos los esquemas y modos de esquema de Esteban. Presenta el niño vulnerable (solitario y privado emocionalmente), varios modos de afrontamiento

autoexaltadores (la mayoría de sus modos de afrontamiento son sobrecompensadores) y el modo de protector aislado. También coincide con todos los esquemas distorsionados, el único esquema en el que no salió alto fue el de imperfección/vergüenza, pero se considera que esto se debe a que es un esquema del que usualmente las personas no son conscientes: “la gran mayoría evita o sobrecompensa el dolor que origina este esquema. Los pacientes con trastorno de personalidad narcisista son el ejemplo de uno de los grupos con mayor probabilidad de sufrir el esquema de imperfección y menor probabilidad de ser conscientes de él” (Young y cols., 2016). Además, en aplicaciones posteriores Esteban reconoció el esquema. También hay muchos esquemas que potencian la vulnerabilidad, lo que explica sus características narciso-vulnerables.

Este trastorno no contempla el modo de padre/madre demandante, ni la rendición sumisa que Esteban presenta; pero, a diferencia de otros diagnósticos posibles, en este sí se cumplen todos los esquemas y modos de esquema mínimos para brindar el diagnóstico, mientras que en los otros trastornos no se cumplen todos los criterios necesarios. Adicionalmente, en la guía de la terapia de esquemas no se menciona que el TNP no pueda tener modos de esquema extra. Por ello, este se consideró como el mejor diagnóstico, agregando el subtipo vulnerable para explicar los modos de rendición sumisa y padre demandante (para mayor aclaración sobre el proceso diagnóstico según la TE, revisar anexo 2).

Elección del tratamiento

A continuación, se hablará de la justificación y planeación del tratamiento.

Justificación del tratamiento

Durante las primeras cinco sesiones se abordó con una combinación Cognitivo-Conductual y Gestalt; sin embargo, se decidió cambiar a la terapia de esquemas cuando se obtuvo el diagnóstico

de TNP vulnerable, así como al encontrar que tenía dificultad para cambiar sus distorsiones e introyectos en lo experiencial. Se escogió este modelo terapéutico por las siguientes razones:

1) Está diseñado para trabajar trastornos de personalidad, especialmente los trastornos límite y narcisista. Así mismo, permite trabajar una gran variedad sintomatológica, pues se centra en trabajar las causas de los trastornos, los ETD, y no solo en sus manifestaciones conductuales (Young y cols., 2016). Además, sus técnicas también sirven en el manejo de pacientes emocionalmente inhibidos y evitativos (Fassbinder y Arntz, 2019).

2) Su enfoque parece ser exitoso en el tratamiento de trastornos que presentan desregulación emocional severa, gracias a su focalización en la relación terapéutica y en las técnicas experienciales (Dadomo y cols., 2016).

3) Puede ser extendida en el manejo de trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Hawke y Provencher, 2011).

4) Ha presentado altos niveles de eficacia en el tratamiento de la depresión (Körük y Özabacı, 2018);

5) Ha mostrado que, incluso, puede ser más efectiva que la TCC tradicional en el manejo del trastorno por estrés postraumático en veteranos de guerra, y que parece que ciertos ETD desempeñan un papel importante en la predisposición al estrés postraumático (Cockram, Drummond y Lee, 2010).

La TE es, pues, un modelo terapéutico que se seleccionó por ser prometedor en el tratamiento de trastornos de personalidad, tiene un desarrollo teórico especial para el TNP y también ayuda con bastantes aspectos de la sintomatología de Esteban.

Plan de tratamiento

Según el libro de terapia de esquemas: características distintivas (Rafaeli, Bernstein y Young, 2011), los objetivos principales de la TE al trabajar con el TNP podrían listarse de la siguiente manera:

1. Reparar al niño solitario, con ayuda de la reparentalización limitada, para que se satisfagan las necesidades emocionales básicas del paciente.
2. Usar la confrontación empática para poner límites al modo exaltador del sí mismo, para que el paciente pueda ver las relaciones en términos de igualdad, en lugar de sentirse con derecho y superioridad sobre los otros.
3. Ayudarle a tolerar el dolor de sus heridas y la soledad, sin escapar usando los modos de protector aislado, compulsivo y/o conductas adictivas.
4. Confrontar al modo de padre exigente, para que aprenda a valorarse a sí mismo por su capacidad humana, antes que por sus habilidades especiales.

Para ello, en la guía de la TE (Young y cols., 2016) se señalan como pasos:

1. Utilizar las quejas del motivo de consulta como motivador para la terapia.
2. Vincularse con el niño solitario.
3. Confrontar empáticamente los estilos condescendientes y desafiantes del paciente.
4. Expresar los derechos del terapeuta cuando el paciente no los respete.
5. El terapeuta se permite mostrar vulnerabilidad como forma de normalizarla.
6. Se presenta el concepto de niño solitario.
7. Se examinan los orígenes infantiles de los modos de esquema que presenta.
8. Se desarrolla el trabajo con los modos de esquema del paciente.
9. Se examinan las funciones adaptativas de los modos de afrontamiento del paciente.

10. Se implementa el diálogo de esquemas para que los modos negocien entre sí.
11. Se vincula al niño solitario con las relaciones íntimas actuales.
12. Se generalizan los cambios en terapia a la vida cotidiana.
13. Se presentan estrategias cognitivas y conductuales para cambio conductual.

Para lograr estos pasos y objetivos, en este mismo libro, los autores dividen sus técnicas en cuatro grandes áreas: 1) técnicas cognitivas, que ayudan a debatir los esquemas en el plano lógico; 2) ejercicios experienciales, que buscan activar las emociones para satisfacer las necesidades insatisfechas; 3) ejercicios conductuales, que buscan romper los patrones de conducta; y 4) estrategias interpersonales del terapeuta, que buscan crear una adecuada relación terapéutica.

Para el caso de Esteban, las técnicas que mostraron mayor eficacia fueron la confrontación empática, la reparentalización limitada y las técnicas experienciales. A continuación, se explicará cada una de las técnicas:

Confrontación empática

La confrontación empática consiste en la habilidad interpersonal del terapeuta por la cual se pone límites al paciente, a la vez que se ofrece comprensión por el origen de sus conductas desadaptativas, de tal forma que no se pierde el *rapport.* El mensaje que se intenta enviar es algo así como: no es tu culpa haber desarrollado estas conductas, sin embargo, es tu responsabilidad cambiarlas para tener mejores y más duraderas relaciones:

> La confrontación empática simplemente significa ofrecer comprensión de los sentimientos y comportamientos del paciente —y cómo se desarrollaron en el pasado— mientras se le responsabiliza por los efectos adversos que tienen sobre él y los demás. A veces puede sonar así: ‘Sé que creciste con el mensaje de que para sentirte aceptado tenías que cumplir con ciertos

> estándares prescritos. Continúas llevando a cabo ese aspecto cuando pasas mucho tiempo tratando de impresionar a otros y dominando las conversaciones. El problema es que tiene la cualidad de ser déspota y grosero después de un tiempo, y deja a tus amigos y asociados sintiéndose como una audiencia en lugar de participantes en un diálogo amistoso'. (Behary y Dieckmann, 2011, p. 455)

Esta técnica fue especialmente importante para establecer límites y reducir sus conductas pasivo-agresivas. Al punto que no volvieron a presentarse avanzada la terapia.

Reparentalización limitada

Aquí el terapeuta brinda, dentro de las limitaciones de la relación terapéutica, las necesidades emocionales que el paciente requiere: "el terapeuta actúa como un padre saludable y adaptable en un esfuerzo por satisfacer las necesidades de las partes del niño solitario, abandonado y vulnerable; y para fortalecer la parte de la personalidad de adulto sano del paciente" (Behary y Dieckmann, 2011, p. 445).

Técnicas experienciales

Estas actividades buscan la activación de los ETD del cliente a través de ejercicios de carga emocional. Se hace así porque es común que las personas tengan dificultad para elaborar y ser conscientes de sus esquemas (lo que significa que no pueden identificarlos y, por ende, combatirlos), por lo que se busca sentirlos en lugar de bloquearlos:

> Los pacientes a menudo tienen poca percepción de su propio funcionamiento, debido al carácter egosintónico de los esquemas. Por lo tanto, es difícil para ellos expresar claramente sus problemas. Las técnicas experimentales son herramientas que hacen que los esquemas y los modos de esquema sean inmediatamente visibles en la sala de terapia. Además, las técnicas experimentales también son útiles cuando hay un reconocimiento razonable de los esquemas, pero cuando los esquemas no se sienten intensamente. (Weertman, 2012, p.101)

Algunos ejemplos de este tipo de actividades en la TE (p. ej., Rafaeli y cols., 2011; Young y cols., 2016) son: el diálogo de modos, donde los modos de esquema en conflicto dialogan para llegar a un acuerdo; el diálogo imaginario con las personas que generaron los esquemas, para confrontarles asertivamente; la imaginación de escenas del pasado utilizando la reparentalización limitada, para asistir a los modos de niño en las necesidades emocionales que no cubrieron los cuidadores primarios; y/o la imaginación de rompimiento de patrones, donde la persona se imagina cambiando las conductas disfuncionales.

Implementación del tratamiento

En total se dieron 20 sesiones en vivo, pues se detuvo la terapia debido al Covid-19. Dentro de estas, existieron 3 supervisiones en vivo con un equipo terapéutico, formado por otros terapeutas en formación y una supervisora, quienes veían la sesión a través de la cámara Gesell. Dos meses después de la interrupción de la terapia, se tuvo otras cinco sesiones de seguimiento de manera *online*. Hay que señalar que él fue muy constante en su asistencia.

La sesión número 14 es un ejemplo donde se muestran claramente algunas de las técnicas de la TE. El objetivo de esta sesión era trabajar el autoapoyo a través de un ejercicio de imaginación para contactar con el niño vulnerable (abandonado y privado emocionalmente) y donde su modo de adulto sano pudiera acompañarle con ayuda de la reparentalización limitada por parte del terapeuta.

A continuación, se presenta la transcripción de una parte de la sesión:

Terapeuta: Me hablas de que sabes que no es algo malo estar solo ¿aunque dices que no lo sientes así?

Esteban: No sé, es que es una idea recurrente decir “estoy solo” y aunque sé que no es malo, me preocupo y me siento mal de estarlo [hay que recordar que, en los narcisistas, cuando están solos y no tienen la admiración que buscan, suelen entrar en el modo “protector aislado”].

Terapeuta: Entiendo, es como algo que sabes en el pensamiento, pero falta bajarlo al sentimiento. No sé qué opines sobre que intentemos hacer otro de los ejercicios que hemos estado haciendo, de ir a un recuerdo donde esta idea se volvió muy fuerte y reconfigurarlo para que lo acabes de bajar ¿te parece? [es común que los esquemas distorsionados, en la lógica sean “combatidos”, pero eso no cambie que en la experiencia se mantengan como reales, por eso se sugieren ejercicios experienciales de fuerte carga emocional para reestructurarlos].

Esteban: Vale, sí.

Terapeuta: Cuando me dices esto de “estoy solo” ¿surge algún recuerdo que conectes con esta frase “siempre he estado solo”?

[Pasan unos minutos en que busca un recuerdo asociado al sentimiento de soledad].

Esteban: Bueno, supongo que en un momento en que estoy yo, pequeño, cuando mi mamá tuvo que cambiarse de estado para cuidar a mi abuela; mi papá estaba fuera todo el día, supongo que trabajando; en uno de esos días en donde no habían encontrado a nadie que nos cuidara y estábamos solos, supongo.

Terapeuta: Ya veo, es un recuerdo donde tus papás por varias razones no podían estar con ustedes en la casa.

Esteban: Sí, claro, yo sé que no podían, pero igual se sintió como abandono.

Terapeuta: Claro, y eso no quita que eras un niño, con cerebro de niño y, como es natural, querías verlos.

[Acá iniciamos la primera fase que consiste en generar un espacio de tranquilidad. Se puso ejercicios de respiración profunda y se le recomendó mantenerlos para que pudiera autorregularse durante todo el ejercicio. Cuando estuvo listo, se le pidieron mayores detalles de la escena para que la conexión con el recuerdo fuera mejor: en este caso está en su niñez y su padre le llamó por teléfono y le dijo que cuidara a su hermano, que no habría quien hiciera de niñera y que alguien solo les llevaría la comida].

Terapeuta: Ok, voy a necesitar que, por favor, me comuniques todo lo que este pequeño Esteban estaba viviendo para que así podamos apoyarlo en lo que necesite.

Esteban: Sí, ok.

Terapeuta: ¿Qué está sintiendo este pequeño Esteban? ¿Qué es lo que quiere?

Esteban: Pues, como a alguien… Que le ponga atención [emite un pequeño quejido].

[Se indaga más, él aclara que es una época donde a veces había quien los cuidara, como sus abuelos o los amigos de los padres, pero otras veces no había porque su mamá no le tenía confianza a mucha gente y era muy selectiva con las niñeras].

Terapeuta: ¿Le podrías preguntar, por favor, de manera directa [al Esteban pequeño] qué emoción está sintiendo?

Esteban: ¿Qué sientes?... Pues supongo que no sabe… Se siente raro… Está como que enojado porque no está su mamá, la extraña [se le notan los ojos llorosos].

Terapeuta: ¿Qué otra emoción le provoca extrañar a su mamá?

Esteban: Como que triste pero raro… Confundido.

Terapeuta: Ok, ¿qué necesita él para ayudarlo a aclarar esta confusión, tristeza y enojo? ¿qué le dirías? [acá se inicia la labor de reparentalización, primero se intenta que el paciente lo haga solo y conforme se vayan notando dificultades, el terapeuta apoya].

Esteban: Pues le diría que las cosas van a mejorar [emite un quejido y lagrimea]. Me cuesta decirle…

Terapeuta: Ok, vale, le puedes comentar que, aunque te cueste trabajo, estás ahí. [acá se comienza la labor para reparentalizar al niño solitario con apoyo del terapeuta, la idea es trasmitirle que lo importante no es que se muestre grandioso, sino acompañante].

Esteban: Ok, oye, disculpa porque me cuesta trabajo decir esta clase de cosas, pero quería decirte que todo estará bien [tartamudea].

Terapeuta: ¿Cómo lo ves a él?

Esteban: Confundido.

Terapeuta: ¿Qué crees que esté pasando?

Esteban: Es que no me siento cómodo diciéndole que todo estará bien porque no siento que todo está totalmente bien aún [ojos lagrimean].

Terapeuta: Ok, vale, eso es muy importante. Es importante que no le digas algo que no crees ni sientes ¿Qué sí le puedes decir que tú sí creas? [se da unos momentos, le cuesta encontrar que puede ofrecer] ¿Qué te parece si le ofreces de entrada estar ahí, con él?

[Acá se toman unos momentos para practicar que él pueda ofrecer su honesta compañía al Esteban pequeño].

Esteban: Ok, aquí va… Eh, hola [ríe], te quería decir que estoy contigo [se sonroja un poco].

Terapeuta: Ciertamente lo estás, quizá también sea bueno si le comentamos que sabes que está confundido, que extraña a su mamá, que eso es normal, pero que cualquier cosa tú lo vas a cuidar. Recuerda que es un niño al que los adultos le han dicho varias cosas que quizá no esté entendiendo y lo que ahora necesita es que alguien auténticamente esté con él, no solo de "dientes para afuera".

Esteban: Ok… Yo sé que sientes miedo, que estás confundido porque tu mamá no está y tu papá está todo el día en el trabajo. Pero yo estoy aquí contigo, te estoy cuidando [sonríe, se relaja].

Terapeuta: Vale ¿cómo está él?

Esteban: Como que está un poco confundido de ver a un Esteban grande llorando, pero como que entiende esa idea [se queda pensativo un momento, esto rompe el esquema de que para auto apoyarse debe estar siempre bien].

Terapeuta: Ok, vale, fíjate como a pesar de que te ve llorar, a pesar de que quizá te ve ¿confundido? [él asiente], aun así, puede entender y tomar la compañía que le ofreces. No necesitas ser un Esteban que lo sabe todo o que lo tiene todo resuelto para poder acompañarle [él asiente, acá también se está reestructurando al esquema de "estándares inalcanzables"]. Pregúntale cómo se siente que, con tu tristeza y confusión, aun así, lo acompañas.

Esteban: bueno, él se siente bien [sonríe].

Terapeuta: ¡Vale! ¿cómo estás al ver que, acompañándolo, con todo y tus dudas, él se puede sentir bien?

Esteban: Bueno, también me siento bien [sonríe].

Terapeuta: ¿Necesita algo más Esteban?

Esteban: No, parece que de momento no, se fue a jugar con su hermano [se queda mirando la escena un poco y sonríe].

Terapeuta: Ok, qué padre que ya está listo para ir y divertirse. Ya solamente ¿podrías preguntarle, por favor, si hay algo que le haga falta para que estemos seguros?

Esteban: Vale ¿necesitas algo más?... No, dice que no necesita nada más de momento.

Terapeuta: Ok, vamos a dejarle saber que tiene a alguien que va a cuidar de él, para que así no se sienta solo. ¿Cómo le puedes decir que tú vas a estar ahí para él, que vas a estar checando cómo está y que cualquier cosa que necesite, la que sea, tú vas a estar ahí para él, que le quieres?

Esteban: Bueno, le diré algo como "si ya no necesitas nada, de cualquier forma, yo estoy contigo por cualquier cosa que necesites y te quiero mucho" [se agarra el estómago].

Terapeuta: [Riendo] ¿te dio hambre? [se da el comentario porque en sesiones anteriores cuando ocurría un evento donde era capaz de darse autoapoyo, solía sentir hambre].

Esteban: Sí, algo [ríe].

A partir de aquí se hizo el cierre de la imaginación y se volvió al momento seguro centrándose en la respiración profunda. Al cerrar la actividad, comentó que le hubiera gustado tener a una persona que lo hubiera cuidado como él pudo tratarse, que aún le era extraño acompañarse pero que se sentía tranquilo. Se le reflejó que no necesitó tener todo seguro para poder apoyar a ese Esteban joven, sino simplemente estar ahí y acompañar; que no necesitó tener todo resuelto, ni ser perfecto para poder hacerlo. En la semana después de esta sesión se sintió más tranquilo, aunque no supo decir porqué, además que no había tenido necesidad de debatir sus esquemas.

La tabla 9 muestra el contenido de cada sesión.

Tabla 9
Contenido de cada sesión

Núm.	Objetivos de cada sesión
1	Explorar motivo de consulta, trabajo base y obtener datos básicos de la Historia Clínica (en adelante: HC). Resultados: fue sesión en vivo en la cámara Gesell, se hace evidente agresividad pasiva y grandiosidad con obsesividad. Equipo terapéutico recomienda poner más limites (confrontación empática).
2	Continuar llenado de datos de HC, fortalecer *rapport* a la vez que se confronta empáticamente, indagar más sobre motivo de consulta. Resultados: se logró que disminuyera la agresión pasiva significativamente, incluso fue capaz de realizar un experimento Gestalt de acompañamiento.
3	Recopilar información sobre socialización y sexualidad, fomentar el autoapoyo. Como técnicas se usaron el diálogo socrático, darse cuenta, ver el problema desde afuera. Resultados: pudo reconocer, al menos cognitivamente, que otras personas pueden hacer las cosas mejor que él y eso no lo hace menos valioso; aunque emocionalmente no lo sentía así.
4	Trabajar ansiedad ante la socialización con gente nueva, a través de la exploración de introyectos e ideas catastróficas, delimitar mejor el diagnóstico. Se usó diálogo socrático y confrontación empática. Resultados: reconoció las ideas e introyectos que tenía, se pudo delimitar el diagnóstico de narcisismo vulnerable. Se hace evidente que le cuesta cambiar sus ideas distorsionadas, aunque es consciente de que no le funcionan.
5	Explorar patrones familiares relacionados con el problema. Como técnicas se usa el trabajo corporal, experimento Gestalt y debate de introyectos. Resultados: ésta y la anterior sesión se le nota estancado, sin poder cambiar sus creencias distorsionadas; negación a hacer experimentos de carga experiencial; así como elevación de ansiedad y depresión en la sesión. Por lo anterior, se investiga otro modelo de trabajo más acorde al diagnóstico.
6	Trabajar el contacto con su estado interno, a través de psicoeducación sobre emociones y ejercicios de darse cuenta del estado corporal. Resultados: fue sesión de supervisión en vivo en la cámara Gesell y surge el tema del asalto, por lo que otro objetivo fue desensibilizar el estrés postraumático a través de la reconstrucción de un recuerdo más elaborado; las resistencias aumentan por lo que se decide cambiar el modelo de trabajo por la TE. Equipo terapéutico sugiere cuidar que en la confrontación empática pueda haber demasiada aserción positiva y también se confirma el diagnóstico de narcisismo.

7	Dar psicoeducación sobre esquemas para cambiarlos por esquemas saludables de autoapoyo, así como establecer límites; todo a través de la aplicación del cuestionario de esquemas, confrontación empática, ejercicios de imaginación para reconocer esquemas, diálogo socrático y ver el problema desde afuera. Resultados: fue capaz de reconocer que su autoestima la basaba en el reconocimiento de los demás y que no necesitaba de ello para ser valioso, también se permitió trabajar ejercicios de imaginación para identificar esquemas.
8	Presentar modos de esquemas principales y trabajar con esquemas narcisos generadores de ansiedad; a través del diálogo de modos, confrontar el modo de padre exigente y ejercicios de desensibilización. Resultados: habló del acoso escolar y la hiperexigencia de sus padres, relacionó cómo estas experiencias lo condicionaron a no mostrar ningún error; al finalizar pudo reconocer que podía cambiar sus patrones y esquemas por otros, y que no tenía que hacer todas las cosas bien para ser valioso o no ser lastimado.
9	Trabajar síntomas ansioso-depresivos del modo protector aislado; a través de brindar psicoeducación sobre modos de afrontamiento, elaboración completa de pensamientos y emociones (tiende a elaborarlos a medias porque los evita), diálogo socrático, encontrar alternativas funcionales de afrontamiento, confrontación empática y re-enmarcado. Resultados: pudo reconocer que su ansiedad y llanto se intensifican cuando evita sentirlos, por primera vez se muestra dispuesto a afrontarlos y vivirlos.
10	Generar autoapoyo por medio de que el modo de adulto sano acompañe al niño solitario. Resultados: se permitió hacer el ejercicio y acompañar al niño vulnerable, pudo ejercer autoapoyo y contactar con sus emociones. Dijo que se disminuyó su creencia de que estaba solo.
11	Trabajar los esquemas de vulnerabilidad, búsqueda de aprobación, metas inalcanzables y negatividad pesimismo; así como los modos de esquema que fomentan la vulnerabilidad (rendición sumisa). Como técnicas se usa el diálogo de modos, debate de esquemas, reparentalización limitada y *role-play*. Resultados: en la semana pudo presentar un trabajo importante enfrente de sus padres, profesores y compañeros; no se sintió tan nervioso, además de que expuso sin problemas ni bloqueos.
12	Preparar para vacaciones (después de esta sesión se tuvo las vacaciones de invierno), continuar trabajo de esquemas y modos vulnerables, así como generalizarlos a su trato en la familia. Como técnicas se usó el diálogo de modos, reparentalización limitada, encontrar alternativas funcionales de comportamiento y psicoeducación sobre los duelos. Resultados: pudo dejar de culparse por las cosas que no hizo bien en el pasado y cambió la forma en que lo abordaba (antes lo hacía desde el "hubiera"). Se encargó leer los primeros capítulos del libro reinventa tu vida (Young y Klosko, 2001). En sesiones posteriores se fueron encargando otros capítulos de tarea.
13	Retomar el trabajo, recuperar el motivo de consulta para continuar usándolo como motivador, y vincular lo que leyó del libro con sus propios modos y esquemas. Resultados: manifestó que fue la primera vez en su vida que no lloró en las vacaciones de diciembre, además de que la relación con su familia fue cordial.
14	Trabajar miedo a la soledad y autoapoyo, a través del debate del esquema de abandono. La técnica principal fue un ejercicio de imaginación para acompañar al niño vulnerable (abandonado y privado emocionalmente) y reparentalizarlo. Resultados: pudo reconocer cómo el esquema de abandono le causaba la sensación de soledad, además que pudo debatirlo cognitiva y experiencialmente. En la semana se sintió más tranquilo, aunque no supo decir el porqué, ya que no había tenido necesidad de debatir sus esquemas.
15	Reducir necesidad de controlar y planear todo; a través del *role-play*, desensibilización sistemática, confrontación empática, diálogo de modos y tarjetas recordatorio. Resultados: reconoció que no tenía necesidad de controlar todo (en sesiones anteriores se resistía a cambiar este aspecto, debido al modo de rendición sumisa). Igualmente, tuvo una breve recaída ansiosa por varios factores estresantes, pero señaló que, después de la sesión, su semana fue tranquila y pudo aceptar lo que le sucedía.

16	Generalizar el cambio de conducta hacia su forma de relacionarse con potenciales parejas. Las técnicas usadas fueron la confrontación empática, reparentalización limitada, *role-play*, excepción a la regla y cambio de modos por patrones de conductas adaptativas. Resultados: comentó que se sentía bastante frustrado por sus pocas relaciones sentimentales, sin embargo, al final de la sesión y resto de la semana, pudo estar tranquilo a pesar de que se había sentido muy frustrado.
17	Continuar generalización de cambio de conducta a su relación con su familia. Las técnicas usadas fueron reparentalización limitada con connotación positiva e incentivar la empatía al hacerlo reconocer las experiencias vitales de su familia. Resultados: fue sesión en vivo, se mostró capaz de ser empático hacia sus familiares al reconocer experiencias vitales. El equipo terapéutico comentó que ya no había agresividad pasiva y que se notaba un muy buen *rapport*, además de una sólida relación terapéutica.
18	Continuar trabajando los aspectos vulnerables (ansiedad, llanto, victimización, estrés postraumático y necesidad de controlar); a través de diálogo de esquemas, reparentalización limitada con connotación positiva, excepciones a la regla, respiración profunda y atención plena. Resultados: tuvo otros eventos estresantes y venía sintiéndose preocupado, sin embargo, después de la sesión dijo sentirse ya tranquilo; también hizo más consciente la victimización como forma de engrandecerse de manera encubierta.
19	Continuar modificación de modos sobrecompensador y protector aislado; a través de tareas paradójicas, respiración profunda, imaginación de ruptura de patrón, reparentalización limitada y connotación positiva. Resultados: si bien no renunció del todo a tener todo planeado (faltó atender al modo de rendición sumisa), sí estuvo dispuesto a aceptar e incorporar los imprevistos.
20	Hacer un repaso de los esquemas y modos de afrontamiento, para que tome consciencia de cómo se activan juntos creando modos de esquema que le generan malestar. Logros: confrontó el modo exigente de sus padres. En rendición sumisa, reconoció que se rendía al esquema de metas inalcanzables y que quizá eso no era lo más adaptativo para él. En esa semana conoció a un chico que mostró interés por él, siendo el primero en toda su vida con el que salió a más de una cita. Reconoció que usaba la sobrecompensación del esquema de abandono/inestabilidad, de forma que, inconscientemente, no se fijaba en personas que mostraban genuino interés para no afrontar la posibilidad de un abandono. Por ello, decidió ya no usar la sobrecompensación, y mejor acercarse a ver qué salía; a pesar de las racionalizaciones que el contrataque le generaba.
	Nota: Después de esta sesión se informó que se suspendería el servicio en el OPTA por la contingencia del Covid-19, por lo que no fue posible hacer un cierre adecuado. Sin embargo, como Esteban solicitó más información sobre los esquemas que son saludables y adaptativos, se le mandó información extra por internet para que tuviera qué repasar tras las sesiones. Dos meses después se pudo volver a contactar con él para dar sesiones de seguimiento de manera *online*.
21	Valorar cómo se encuentra tras la interrupción del tratamiento y valorar la pertinencia de continuar con un seguimiento *online*. Resultados: señala que se ha sentido relativamente bien, aunque los síntomas de ansiedad aumentaron un tanto (lo que se refleja en el CORE-OM que se le aplicó tras esta sesión), también dice querer seguir trabajando en el exceso de orden. Se pactó tener sesiones de seguimiento y control.
22	Continuar con el trabajo de aspectos vulnerables (ansiedad, estrés y necesidad de controlar); a través de diálogo de esquemas, reparentalización limitada, excepciones a la regla y desarrollo de estrategias de acción para ruptura de patrones. Resultados: se pudo trabajar el duelo por el término de la terapia, así como la incertidumbre por el futuro con el panorama del Covid-19, pudiendo hacer un plan de vida más claro. Dijo estar más tranquilo y que se redujo la necesidad de tener todo planeado.

23	Reducir esquemas y modos de esquema que generan rendición sumisa (metas inalcanzables, vulnerabilidad al peligro/enfermedad, negatividad/pesimismo) a través del diálogo de modos, elaboración de lista de beneficios/contratiempos, ver excepciones a la regla, atención plena, ocuparse de lo inmediato y posponer la preocupación de lo no necesario. Resultado: comenzó a aplicar la atención plena en su vida y comenta que le ha servido para no estar excesivamente preocupado. Reconoció que rendirse no es la única opción y que puede cambiar, aunque siente que le cuesta en estos esquemas.
24	Trabajar el tema del duelo por el término de la terapia así como la incertidumbre con respecto a lo que sigue, a través del establecimiento de metas realistas, psicoeducación del duelo, elaboración de una lista de los cambios realizados y connotación positiva. Resultados: dijo sentir que ya se trabajaron todos los temas que quería tocar; que no había imaginado que pudiera estar donde estaba ahora, en un momento de relativa tranquilidad. También elaboró de forma realista metas de lo que sigue en cuanto a sus estudios.
25	Realizar el cierre a través de la recopilación de los temas trabajados y evaluación de logros. Resultados: dijo que agradecía la terapia y que no sabía que tendría la capacidad para durar tanto en una; pero que le alegra no haber "huido" porque siente que tocó los temas que necesitaba trabajar y ya tenía las herramientas necesarias. Señaló que saber cómo terminaría el proceso le ayudaba, por lo que agradeció que se le diera un seguimiento *online* para cerrar formalmente. También se hizo una recapitulación de sus objetivos iniciales y dijo que tocó todos los temas que quería tocar. Finalmente, se armó una información de cierre que contenía tarjetas recordatorio que se elaboraron a lo largo del proceso terapéutico.

Resultados del tratamiento

Los resultados del tratamiento se presentarán a continuación, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos.

Cualitativos

Con respecto al proceso terapéutico, a partir de la implementación de la TE se comenzaron a reducir las resistencias y ataques pasivo-agresivos, hasta desaparecer completamente. Un aspecto de gran relevancia es que al principio los *insights* eran vividos como un momento de vergüenza y decepción, con una gran carga emocional negativa. Esto coincide con lo que señala Elinor Greenberg sobre las personas de características narciso-vulnerables, pues considera que estos pacientes viven el darse cuenta como momentos "*oh shit!"* (por su traducción al español: "¡oh, mierda!"). Lo que se diferencia de los clientes habituales que los experimentan de manera positiva:

> Mientras que la mayoría de clientes disfrutan, y algunos incluso se convierten en casi adictos a los repentinos *insights* que el trabajo Gestalt puede proveer, otros encuentran esta misma experiencia devastadoramente displacentera. Ellos, ya sea se resisten al *insight,* o tienden a usar cada nuevo darse cuenta contra ellos mismos en una variedad de formas destructivas. Llamo a esta reacción negativa al *insight* como la experiencia '¡oh, mierda!'.
>
> En general, he encontrado que aquellos clientes que son particularmente vulnerables a la injuria narcisista —sentimientos de intensa vergüenza y humillación acerca de sí mismos— tienden a tener la mayor dificultad asimilando nuevos darse cuenta sobre sí mismos. (Greenberg, 1996, p. 113)

Por lo anterior, es revelador que al final de la terapia fuera capaz de mostrar asombro y humor en varios de los *insight* que presentaba.

Sobre su estado emocional, señala que se siente más tranquilo; que aunque aún tiene momentos de ansiedad y depresión que pueden alcanzar niveles intermedios, considera que se debe al contexto del coronavirus. Comentó que algo que le ayudó es que ya no buscaba estarse comparando con los demás, como forma de obtener valor. De hecho, resulta significativo que no sintió necesidad de llorar en las últimas vacaciones con su familia, siendo las primeras en su vida que no le sucedía. También señaló que sentía que tenían mayor armonía.

Sobre la vulnerabilidad que ocasionaba ansiedad y evitación, algo significativo es que fue capaz de exponer enfrente de sus profesores, compañeros y familiares sin presentar ansiedad. La ansiedad de viajar a casa de noche se redujo al punto que ya no fue una preocupación en las sesiones. Un aspecto trascendente es que pudo tener más de una cita con un chico. Aunque aún lucha por lograrlo, es capaz de reconocer que puede apoyarse en sí mismo y que no necesita ser el mejor para ser considerado un ser humano valioso y digno de respeto.

Con respecto a las estrategias de victimización, logró reconocerlas y está intentando activamente cambiarlas; aunque considera que aún le falta camino por recorrer. Igualmente, también está luchando por superar el perfeccionismo, pues en sesiones reconoció que no le está ayudando y que ha intentado irlo reduciendo a través de poner atención plena en el presente, aunque en ese aspecto aún falta camino por recorrer.

Cuantitativos

Tabla 10

Resultados por sesión de Escala Global, Enojo-Rasgo, BDI y BAI

Escalas	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10	Sesión 15	Sesión 20	Sesión 25
Escala Global						
1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada	2	2	2	2	0	3
2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado	1	1	1	2	1	3
3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas	3	1	1	2	0	4
4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada	2	1	2	2	1	3
5, Mi salud física está siendo perjudicada	2	1	2	2	0	2
6, Mi vida en general está siendo perjudicada	2	1	2	2	1	4
7, Mi relación de pareja está siendo perjudicada (_) Yo no tengo pareja.	Sin pareja	Sin pareja	Sin pareja	Sin pareja	Sin pareja	Sin pareja
Escala Enojo-Rasgo	23	19	20	33	19	17
Inventario de Depresión, de Beck	8	10	5	7	2	10
Inventario de Ansiedad, de Beck	15	11	14	12	8	13

Nota. Se recuerda que la sesión 25 corresponde a la quinta y última sesión de seguimiento.

Como se podrá notar, hacia la sesión número 20, que fue cuando se interrumpió la terapia, hubo una disminución importante en todas las escalas. Sin embargo, en las sesiones de seguimiento tuvo elevación en todas las áreas; platicando con él, señaló que no se debió a que la terapia no mantuviera sus beneficios, sino que respondió pensando en que la pandemia había tenido impacto en varios aspectos de su vida normal. Por lo anterior, es difícil determinar si la elevación se debe a que no se mantuvieron los resultados terapéuticos o a la situación sin precedentes del coronavirus.

En la escala de Enojo-Rasgo, tenía un puntaje alto al inicio que fue fluctuando hasta alcanzar un puntaje promedio. Algo importante es que se mantuvo este nivel promedio de enojo-rasgo en las sesiones de seguimiento, incluso, con una disminución de dos puntos, lo que podría hablar de estabilidad de los resultados terapéuticos a pesar de la pandemia.

En depresión y ansiedad, los síntomas eran leves, quedando en mínimos al interrumpirse la terapia; aunque se considera que, en estas dos escalas, al inicio de la terapia podría haber estado minimizando los síntomas, pues no se corresponde con lo observado durante las sesiones. Aun así, se considera que, al igual que en las pruebas, hubo disminución de la sintomatología, quizá de moderada a leve. Es importante resaltar que en las sesiones de seguimiento hubo un aumento de sintomatología ansioso-depresiva. Esto no se considera que se deba a la terapia, sino a la pandemia que, como es de esperar, elevó los síntomas debido al gran confinamiento. Aun así, la calificación obtenida sigue en rangos leves.

Con respecto al cambio de esquemas precoces desadaptativos, los resultados del CEY-S3 se muestran en la tabla 11.

Tabla 11
Puntajes del CEY-S3

		Inicio de terapia		Final de la terapia (sesión 20)		Final de sesiones seguimiento	
Dimensión	Esquemas desadaptativos	Suma	%	Suma	%	Suma	%
Desconexión y rechazo	Privación emocional	17	68%	19	75%	12	48%
	Abandono e inestabilidad	23	92%	16	64%	12	48%
	Desconfianza y abuso	10	40%	10	40%	7	28%
	Aislamiento social	18	72%	14	56%	14	56%
	Imperfección/vergüenza	7	28%	9	36%	9	36%
Deterioro en autonomía y ejecución	Fracaso	10	40%	6	24%	10	40%
	Dependencia/incompetencia	7	28%	4	16%	4	16%
	Vulnerabilidad al peligro/enfermedad	17	68%	11	44%	14	56%
	Apego confuso/inmaduro	3	12%	2	8%	1	4%
Dirigido por la necesidad de los otros	Subyugación	10	40%	12	48%	12	48%
	Autosacrificio	13	52%	10	40%	6	24%
	Búsqueda de aprobación	17	68%	19	76%	17	68%
Sobrevigilancia e inhibición	Inhibición emocional	13	52%	9	36%	9	36%
	Metas inalcanzables	22	88%	22	88%	19	76%
	Negatividad/pesimismo	16	64%	16	64%	16	64%
	Castigo	13	52%	13	52%	13	52%
Límites deficientes	Grandiosidad/autorización	21	84%	11	44%	16	54%
	Autocontrol insuficiente	5	20%	3	12%	5	20%
Total/Promedios		242	54%	209	46%	196	44%

Nota. Se recuerda que, para efectos del presente estudio, se usó una calificación de 0 a 5. Así mismo, la última aplicación corresponde con el final de las sesiones de seguimiento, que se dieron dos meses después de terminada la terapia.

Como se puede observar, disminuyeron la mayoría de esquemas, desde el inicio de la terapia hasta el final de las sesiones de seguimiento. También se puede notar que la mayoría de esquemas se mantienen abajo del 60 % al final de las sesiones de seguimiento, lo que se podría considerar como puntuaciones medias, pues solo puntuaciones arriba de 80 % podrían corresponder con alteraciones agudas. Asimismo, es interesante señalar que, incluso después de la interrupción de dos meses, continuaron disminuyendo esquemas como privación emocional, autosacrificio y metas inalcanzables. Las observaciones anteriores podrían señalar que existe permanencia de los resultados de la terapia después de dos meses y durante las sesiones de seguimiento. Igualmente, es importante mencionar que disminuyeron dos de los esquemas principales que generan el

narcisismo: grandiosidad y abandono/inestabilidad. La disminución de la grandiosidad se pudo notar en que se redujo la pasivo-agresividad; el de abandono/inestabilidad, en que pudo encontrar a alguien que se interesara por él, así como hacer las paces con el divorcio de los padres.

Los ETD que quedaron igual al final de la terapia y el seguimiento son: búsqueda de aprobación, negatividad/pesimismo y castigo. Curiosamente, estos esquemas suelen detonarle el modo de rendición sumisa que, como se recordará, es el modo donde la persona se rinde a los esquemas. Estos resultados concuerdan con lo observado cualitativamente de que aún le cuesta superar la victimización. Lo anterior habla de que pudo hacer falta más trabajo ante las estrategias de rendición.

Los únicos ETD que aumentaron, tras la terapia y las sesiones de seguimiento, fueron imperfección/vergüenza y subyugación. Aunque es probable que no se deba a un problema en la terapia, sino a que las personas usualmente no se dan cuenta de estos esquemas, por lo que, en un primer momento, pueden puntuarlos más bajos de lo que realmente son. Según se mencionó en el apartado de formulación de caso, la imperfección/vergüenza es un esquema del que la persona no suele ser consciente. Además de este, también suele ignorarse el esquema de subyugación, pues pertenece a la dimensión de esquemas excesivamente dirigidos hacia las necesidades de los otros; dimensión que "normalmente conlleva la supresión o falta de consciencia relativa a la propia ira e inclinaciones naturales" (Young y cols., 2016, p.48). Aunado a que el aumento es solo del 8 % en estos ETD, lo que no es un aumento significativo, se considera que es posible que la puntuación aumentara porque Esteban se dio cuenta de sus esquemas, no porque empeorasen debido a la terapia. También es probable que el esquema de subyugación activara la rendición sumisa, donde, como ya se mencionó, pudo haber faltado mayor trabajo. Otros esquemas que mostraron elevación después de las sesiones de seguimiento, pero no una elevación mayor a las puntuaciones del inicio

de la terapia, son: vulnerabilidad al peligro/enfermedad y fracaso; estos esquemas pueden explicarse perfectamente por la contingencia, ya que son esquemas que pueden elevarse en situaciones de incertidumbre y amenaza a la salud o la economía; aunado a que las elevaciones tampoco son significativas, se considera que es algo esperable ante el contexto.

Tabla 12
Resultados CORE-OM

		Primer aplicación		Última aplicación	
Dimensiones	Subescalas	Puntaje clínico	DX	Puntaje clínico	DX
(P) Problemas/síntomas	Problemas/síntomas de depresión	15	Medio	15	Medio
	Problemas/síntomas de ansiedad	17.5	Moderado	17.5	Moderado
	Problemas/síntomas de trauma	20	Moderado	20	Moderado
	Resultado de P	16.67	Moderado	15.83	Moderado
(F) Funcionamiento	Funcionamiento relaciones íntimas	17.5	Moderado	12.5	Medio
	Funcionamiento general	12.5	Medio	20	Medio
	Funcionamiento relaciones sociales	7.5	Leve	2.5	Saludable
	Resultado de F	12.5	Medio	11.66	Medio
(R) Riesgo	Riesgo de daño a sí mismo	0	Saludable	0	Saludable
	Riesgo de daño a otros	0	Saludable	0	Saludable
	Resultado de R	0	Saludable	0	Saludable
(W) Bienestar subjetivo	Resultado de W	20	Moderado	17.5	Moderado
Puntuación media total		15.36	Medio	14.28	Medio

Nota: la primer aplicación se hizo en la sesión 21, al retomar el seguimiento; mientras que la última se hizo en la sesión 25, al finalizar el seguimiento.

Los puntajes de esta prueba, cuya primera aplicación se utilizó para valorar la estabilidad de los resultados después de dos meses de interrupción de la terapia, muestran que existe elevación en algunas áreas, en relación con el BDI y BAI de la sesión 20. La principal elevación, contrastando con BDI y BAI, fue en el sentimiento de bienestar subjetivo y problemas/síntomas. Estos resultados, se considera, tienen que ver más con el contexto, pues se aplicó en medio de la emergencia del Covid-19, situación que se señala que puede elevar los síntomas de ansiedad debido al gran confinamiento y preocupación por la salud. Además, tenía estrés por el término del semestre

y preocupación por un familiar que presentaba aparentes síntomas de esta enfermedad. En el nivel de funcionamiento, las afectaciones apenas son medias e igual pueden explicarse por el alejamiento que el gran confinamiento ha causado; en este apartado, es significativo que el puntaje sea leve en relaciones sociales, lo que implica que se mantienen los resultados de la terapia.

Con respecto a la última aplicación del CORE-OM, que se hizo para valorar el cambio tras las cinco sesiones de seguimiento *online*, se puede observar que hubo algunas disminuciones, aunque no son significativas. Una ligera elevación que tuvo, fue en la subescala de funcionamiento general, que mide aspectos similares a la Escala Global, como las afectaciones en su rutina de vida; lo que está volviendo a indicar que la pandemia podría afectar los resultados debido al gran confinamiento. Hay que recalcar que los síntomas no superan los puntajes moderados lo que indica que, a pesar de la pandemia, no ha habido una elevación considerable de la sintomatología. Esto se ve confirmado por sus rangos saludables en las escalas que miden potencial daño hacia sí mismo o hacia los demás.

Terminando con los resultados del apartado cuantitativo, estos podrían indicar que existía disminución en sintomatología en el momento en que se interrumpió la terapia, así como en los ETD y modos de esquema. Quizá lo más significativo es que se redujeron la mayoría de esquemas y, especialmente, dos de los esquemas principales que tenía: abandono/inestabilidad y grandiosidad/autorización. Aunque hizo falta mayor trabajo para disminuir los esquemas que activan el modo de rendición sumisa. Es de señalar que la última aplicación del CEY-S3 se realizó durante la contingencia provocada por el Covid-19, por lo que se esperaría que los esquemas de vulnerabilidad hubieran aumentado, sin embargo, la mayoría mostró disminución, lo que habla de que la terapia podría haber aumentado el sentimiento de autoapoyo. En cuanto al seguimiento de la terapia, la última aplicación del CORE-OM y del BDI y BAI, muestran un ligero aumento de la

sintomatología ansiosa-depresiva, pero es probable que se deba a la situación sin precedentes del coronavirus.

La persona del terapeuta

A continuación, se señalarán las fortalezas y áreas de oportunidad, con respecto a las habilidades del terapeuta, que pudieron haber influenciado en los resultados del estudio de caso. Estas conclusiones se extraen a partir de las retroalimentaciones obtenidas durante las supervisiones en vivo y en el proceso de autoobservación.

Fortalezas

El equipo terapéutico consideró que se pudo establecer un buen trabajo base, *rapport* y empatía; lo que permitió una adecuada confrontación empática y reparentalización limitada. Lo anterior se estima que se debió a la persistencia en el acompañamiento y trabajo de defensas.

También se considera que fue positivo el haber tenido una disposición ecléctica para utilizar diferentes enfoques de abordaje, de acuerdo con las necesidades particulares del cliente, así como a aprender y utilizar nuevas técnicas basadas en sustento científico, no solo en modelos teóricos. En este aspecto, el equipo terapéutico y el supervisor del estudio de caso consideran que existió una muy buena profundización teórica sobre el narcisismo y el modelo de la TE.

También se señala que es posible que el sexo masculino del terapeuta influyera, ya que Esteban parece tener un tema con la figura femenina (en la anterior terapia no logró confiar en la terapeuta). Así que el sexo del psicoterapeuta pudo haber ayudado a la hora de establecer *rapport*, además que ayudó a sanar aspectos de su relación con las figuras masculinas.

Áreas de oportunidad

El equipo terapéutico señala como área de oportunidad del terapeuta la tendencia a irse más hacia la razón y menos hacia la experiencia. De esto se derivó que durante las primeras sesiones el contacto emocional no fuera suficiente, así como que se corriera el riesgo de ser demasiado psicoeducativo y que los *insights* racionales no se convirtieran en *insights* emocionales profundos.

En autoobservación se reflexiona que, si bien se profundizó en la teoría de la TE, no es un modelo teórico con el que se tuviera mucha experiencia, por lo que la intervención pudo no haber sido tan precisa como con un terapeuta con más años de experiencia.

Como aspecto vital a tomar en cuenta, pudo existir contratransferencia con el cliente, en cuanto a que el psicoterapeuta también comparte características narcisistas, obsesivas y evitativas. Esto tuvo dos polos: por un lado, permitió empatizar más fácilmente y tener mejor *timing* con Esteban, por ser temas que ya se estaban trabajando en el proceso personal del terapeuta; pero, por otro lado, dificultaron el diagnóstico al ser rasgos que muchas veces se encontraban dentro del "punto ciego" del clínico. Por lo anterior fue que se decidió hacer dos diagnósticos diferenciales para tener mayor claridad en el caso. También fue necesario un constante proceso personal para resolver los asuntos del psicoterapeuta y que estos no fueran contratransferidos a través de confrontación sin empatía (contrataque del esquema); irse a lo psicoeducativo o meramente al debate de esquemas, sin tocar la emoción (evitación del esquema); y/o no implementar cambios conductuales para que se moviera de la victimización (rendirse al esquema).

Discusión

El presente estudio de caso permite extraer algunas conclusiones y consideraciones sobre el trabajo con el narcisismo vulnerable y la TE. Los puntos que se discutirán son: análisis del logro

de objetivos, dificultades en el diagnóstico del narcisismo vulnerable, qué tan integradora es la TE para el trabajo de los trastornos de personalidad, la importancia de integrar los esquemas saludables en la teoría y algunas perspectivas de investigación para el futuro.

Análisis del logro de objetivos

El principal objetivo de tratamiento fue reducir las características narciso-vulnerables para:

1) Reducir los síntomas de estado de ánimo mixto (depresión narcisista y ansiedad producto de exigirse la perfección, control y alta sensibilidad a ser juzgado), a niveles donde pueda participar en clases, conversar con gente nueva sin que sienta que siempre tiene que planear la conversación de antemano y reducir la ansiedad que tiene al viajar a casa de noche a niveles que considere manejables. Todo usando primordialmente la reparentalización del niño vulnerable (abandonado y carente de afecto) y confrontando al modo de padre exigente.

2) Aumentar su autoapoyo para acabar de superar el duelo por la separación de sus padres, a niveles en los que pudiera aceptar el suceso sin presentar el llanto esporádico que tenía al recordar el suceso. Utilizando la reparentalización limitada del niño vulnerable y contactando con los modos saludables.

3) Reducir los modos de afrontamiento disfuncionales: el modo sobrecompensador que generaba comunicación pasivo-agresiva, exceso de orden y búsqueda de reconocimiento; el modo rendido sumiso que usaba la victimización para engrandecerse; y el modo protector aislado que usaba la evitación social. Todo lo anterior a niveles donde fuera capaz de: a) en lugar de sobrecompensar, cambiara la exaltación del sí mismo y conductas pasivo–agresivas por reconocimiento de la propia valía e imperfección, así como de su capacidad para establecer conductas asertivas; b) en lugar del modo rendido sumiso, pudiera reconocer que puede ejercer

autoapoyo y autoaceptación incondicional, así como que puede debatir y cambiar sus esquemas de pensamiento; y c) en lugar del modo protector aislado, pudiera contactar con su estado interno y aumentar su capacidad de decir lo que siente y piensa, sin darle demasiado peso a si será criticado o juzgado.

Con respecto al punto 1) de reducción de síntomas mixtos ansioso-depresivos, en las pruebas aplicadas existió una reducción importante de la ansiedad y depresión en las puntuaciones tras la interrupción de la terapia. Igualmente, en la escala global señaló que sus síntomas ya no estaban afectando en las áreas de vida valoradas. Adicionalmente, en los resultados cualitativos observados fue capaz de reducir la ansiedad al realizar una exposición importante y al viajar hacia su casa. Aunque faltó mayor trabajo en reducción de la ansiedad al hablar con gente nueva, sin que sienta que tiene que planear la conversación de antemano; quizá porque faltó mayor confrontación al modo de padre exigente o porque faltó mayor trabajo con el *bullying* sufrido. En el seguimiento se muestra un aumento de la sintomatología principalmente ansiosa, aunque no es un aumento exagerado y no presenta riesgo de daño, por lo que podría explicarse por la preocupación ante la contingencia sanitaria.

Sobre el punto 2) de aumentar el autoapoyo para lograr el manejo del duelo por la separación de sus padres; se considera que se logró buena parte del objetivo pues manifestó que llevaba una relación más tranquila con los mismos, incluso, por primera vez no presentó ganas de llorar, por pensar en la separación, en las vacaciones que tuvo con ellos. También fue capaz de aceptar que él hubiera no existe y que solo tiene lo que sucedió. Igualmente, hubo bastante trabajo de reparentalización del niño vulnerable. Es importante que reconoció que puede autoapoyarse y que no necesita ser el mejor para ser un ser humano valioso.

En cuanto al punto 3) de reducir los modos de respuesta disfuncionales, acá se tienen los resultados más variables. Con respecto a los modos de sobrecompensación, se eliminó casi por completo la conducta pasivo-agresiva (en la escala del enojo también se refleja la reducción); también cambió bastante el modo de exaltación del sí mismo al reconocer que no necesitaba de la aprobación de los demás, lo que se refleja en que se redujo el esquema de grandiosidad; quizá faltó mayor trabajo en el submodo compensador de obsesión por el control y el orden, aunque pudo reconocer que el exceso de control no le convenía. Con respecto al modo de rendición sumisa, pudo reconocer que puede ejercer autoapoyo y autoaceptación incondicional, que puede debatir y cambiar sus esquemas de pensamiento, y que la victimización era una forma que utilizaba para engrandecerse; aunque quizá es el modo donde faltó mayor trabajo, pues en el CEY-S3 los esquemas que suelen detonar este modo se mantuvieron sin disminución; además, cuando se satura, le cuesta debatir sus esquemas, rindiéndose y bloqueándose. Finalmente, en el modo de protector aislado pudo superar varias características de evitación, como la exposición que ya se mencionó e, incluso, poder tener más de una sola cita con una persona; en sesiones también se notó un cambio, pudiendo contactar más con su estado interno, permitiéndose hacer los ejercicios de imaginación y siendo honesto con lo que sentía y pensaba, sin darle mucho peso a lo que el terapeuta pensaría, aunque sin perder la asertividad, ni cayendo en la agresión pasiva.

Hay que mencionar que es esperable que no se lograran de manera completa los objetivos, pues hay que tomar en cuenta: 1) el contexto de incertidumbre que generó el Covid-19 y 2) que los pacientes con problemas caracterológicos suelen requerir terapias bastante más largas que 25 sesiones, porque la terapia para trastornos de personalidad “se ha mostrado difícil, prolongada y, en general, poco eficaz. Esto no es de extrañar teniendo en cuenta que nos enfrentamos con estructuras de personalidad o patrones de comportamiento, pensamientos y emociones

profundamente enraizados en la persona" (Caballo, 2004, p.44). A lo anterior hay que agregar que el narcisismo suele ser más complicado de trabajar: "a juzgar por nuestra experiencia los pacientes con trastorno de personalidad límite o narcisista son quienes presentan las dificultades más sistemáticas para los terapeutas" (Young y cols., 2016, p. 547). Todo lo anterior hace difícil poder valorar la estabilidad de los resultados de la terapia tras los dos meses de interrupción, por lo que se sugiere mayor investigación, con procesos más largos y sin situaciones extraordinarias como una pandemia.

Es notable que, a pesar de que la bibliografía ofrece un pronóstico desfavorable para este trastorno, Esteban pudiera avanzar hasta el punto de reducir varios esquemas en solo 25 sesiones. Se hipotetizan varios factores que pudieron influir: 1) que el narcisismo era vulnerable, lo que implicó profundos sentimientos de ansiedad y depresión que le dieron una gran motivación para continuar la terapia (lo que nos habla de cómo, efectivamente, hay diferencias entre el narcisismo grandioso y el vulnerable); 2) que ya había tenido un proceso terapéutico previo que posiblemente ayudó a avanzar en el actual proceso; 3) que es una persona con gran determinación y constancia; y 4) que, efectivamente, la TE sea una terapia de alta eficacia para trastornos de personalidad, coincidiendo con lo señalado por las investigaciones.

Dificultades en el diagnóstico del narcisismo vulnerable y aportaciones de la TE

En el presente trabajo se evidenciaron las dificultades a la hora de diagnosticar el narcisismo vulnerable. Si bien una parte pudo deberse a los puntos ciegos y contratransferencias del terapeuta, otra parte pudo deberse a que los criterios del TNP del DSM se centran mayormente en la grandiosidad y no tanto en la tipología vulnerable. Por lo anterior, las presentes conclusiones coinciden en las sugerencias, que se han hecho en las investigaciones, de incluir el subtipo vulnerable en el diagnóstico del TNP del DSM; pues presenta características distintivas del

grandioso: 1) grandiosidad encubierta, así como mayor tendencia a la falta de autoapoyo y emociones negativas; y 2) que parece tener algunos esquemas y modos de esquema diferentes, así como que podría no haber tanto problema en falta de límites. No conocer estas diferencias puede llevar a un diagnóstico incorrecto o a la confusión con otros trastornos de personalidad, como el evitativo o el obsesivo-compulsivo.

En este aspecto, una ventaja que la TE aportó al proceso diagnóstico es que ayudó a hacerlo más fino, al considerar no solamente las conductas visibles, sino también los esquemas disfuncionales y modos de esquema subyacentes. De esta forma, se pudo hacer un mejor diagnóstico diferencial al contrastar la sintomatología con lo que se esperaría en otros trastornos.

Otra ventaja de la conceptualización de caso según la TE, es que da mayor peso a identificar las causas de los trastornos: los esquemas tempranos desadaptativos, más que a las meras conductas visibles. Esta distinción es vital pues en psicología es de sobra conocida la equifinalidad de la conducta, esto es, que una misma conducta puede ser motivada por diferentes causas. Aspecto que reconocen en la TE: “La conducta de un individuo no es parte del esquema mismo… Tales conductas están provocadas por los esquemas, pero no son parte de los mismos” (Young y cols., 2016, pp.36-37). El riesgo de evaluar los trastornos de personalidad usando criterios que solamente consideren las conductas visibles, es que una misma conducta puede ser causada por diferentes trastornos y situaciones, generando confusión en el diagnóstico diferencial.

Justamente, una de las críticas al diagnóstico de los trastornos de personalidad del DSM, es que se basa en un modelo categorial donde cada trastorno se considera como una entidad bien delimitada. El problema es que, en la práctica común, los trastornos no son totalmente puros y muchas veces vienen combinados con características de otros trastornos de personalidad:

> El diagnóstico categorial en los TP tiene asociados graves problemas. Las críticas a los modelos categoriales se han resumido de la siguiente manera: 1) escaso ajuste entre pacientes y prototipos; 2) solapamiento de los criterios propuestos entre diversas categorías y trastornos del Eje I; 3) baja fiabilidad temporal y entre evaluadores; 4) pobre validez diagnóstica; y 5) poca utilidad para el tratamiento. (Esbec y Echeburúa, 2011, p. 9)

Entonces, la riqueza de la conceptualización de caso de la TE, para los trastornos de personalidad, es que se realiza un diagnóstico personalizado de acuerdo con el caso y no desde una categorización rígida: los criterios se amoldan al cliente y no este a ellos.

La TE como modelo integrador para el trabajo de los TP

También se concluye que la TE ofrece un modelo teórico-metodológico integrativo que combina aspectos de varias psicoterapias de campos de la psicología humanista, cognitiva, psicoanalítica y evolutiva.

La integración de enfoques es importante pues, según el modelo de la terapia transteórica (Prochaska y Di Clemente, 1982), uno de los problemas de las terapias clásicas es que suelen poner demasiado énfasis en un lado u otro de una dicotomía: el darse cuenta de las terapias verbales vs. el cambio conductual de las terapias conductuales. Los autores señalan que las terapias verbales, que incluyen al psicoanálisis y las terapias humanistas, buscan elevar la toma de conciencia del individuo; el problema es que se asume que los clientes sabrán escoger el mejor curso de acción una vez que tomen consciencia de sí mismos y su ambiente; cuando no todos los pacientes saben realmente cómo aplicar lo aprendido, pues ser consciente de algo no necesariamente se traduce en saber cómo cambiarlo (en el presente estudio se pudo notar que Esteban podía llegar a darse cuenta de los errores de sus ETD, pero no sabía cómo cambiarlos). En el otro extremo, los autores ponen a las terapias conductuales, que se centran en las estrategias de cambio conductual del conductismo.

El problema de estas terapias es que, para lograr el cambio, requieren que los clientes estén comprometidos con este, lo que no sucede necesariamente con todas las personas (ya se habló de cómo en los trastornos de personalidad puede existir poca motivación para el cambio, porque los síntomas son vividos como egosintónicos). La TE parece ser un modelo que combina ambos tipos de terapia. Para muestra están las etapas de cambio que propone la terapia transteórica:

Tabla 13
Etapas de cambio propuestas por la terapia transteórica

Etapas del cambio	1) Contemplación	2) Determinación	3) Acción	4) Mantenimiento
Procesos terapéuticos	1) Elevación de la consciencia	2) Catarsis	3) Elección	4) Control de contingencias 4) Condicionamiento de estímulos
Modelos terapéuticos	Terapias verbales (psicoanálisis, humanismo)		Terapias conductuales	

Nota. Adaptado de la figura 3 de "transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change", Prochaska, J., y Di Clemente, C., 1982, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, p. 285.

Como se podrá notar, las etapas parecen coincidir con las de la TE, pues presenta una fase de evaluación y educación con técnicas experienciales (que correspondería a la parte de las terapias verbales); así como una segunda fase de cambio que cuenta con estrategias cognitivas, interpersonales y de ruptura de patrones de conducta (que correspondería a las terapias conductuales). Esto habla de que es un modelo terapéutico completo en relación con las fases del cambio.

La TE hacia el futuro: la importancia de integrar los esquemas saludables

En la terapia fue vital incorporar connotaciones positivas para evitar que la tendencia a la victimización se viera alimentada. Debido a las características vulnerables, fue necesario estar constantemente remarcando los progresos que se iban dando, así como recordar los aspectos

adaptativos que en su momento tuvieron los esquemas disfuncionales. Incluso, Esteban solicitó que se le diera mayor información sobre los esquemas saludables, para saber identificar qué esquemas le beneficiaban y no solo los que le perjudicaban.

La necesidad de conocer lo saludable y adaptativo es algo que la psicología positiva ya ha venido señalando, pues una preocupación común es que las psicoterapias se centren exclusivamente en la patología; generando un excesivo enfoque en lo disfuncional que, paradójicamente, genere más patología al olvidar potenciar lo funcional. Martín Seligman, creador de la psicología positiva, menciona que "psicología no es solo el estudio de la patología, debilidad y daño; también es el estudio de fortaleza y virtud. El tratamiento no solo es arreglar lo que está roto, es nutrir lo que es mejor" (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p.7). En este mismo artículo refiere que nutrir lo que sí funciona es más beneficioso porque se centra en la prevención y no solo en el tratamiento. Al hablar de problemas graves como la depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia, pobre supervisión parental, violencia en las escuelas, etc. menciona:

> Lo que psicólogos han aprendido a lo largo de 50 años es que el modelo de la enfermedad no mueve a la psicología más cerca de la prevención de estos serios problemas. En efecto, los mayores avances en prevención han venido en su mayoría de una perspectiva centrada en construir competencia sistemáticamente, no en corregir las debilidades. (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, p.7)

En este sentido, se considera como un acierto la reciente incorporación a la TE de los Esquemas Tempranos Adaptativos (ETA), los cuales son la contra parte saludable de los esquemas disfuncionales:

> Un ETA es un amplio y generalizado tema o patrón; compuesto por recuerdos, emociones, cogniciones y reacciones neurobiológicas con respecto a uno mismo y la relación de uno con los demás; que se desarrolla durante la infancia o la adolescencia, elaborado a lo largo de la vida y que

> conduce a un funcionamiento saludable y disposiciones conductuales adaptativas. (Lockwood y Perris, 2012, p.54)

Incluso, ya se están desarrollando instrumentos de medición de los ETA, como por ejemplo el Cuestionario de Esquemas Positivos de Young (Louis, Wood, Lockwood, Ho, y Ferguson, 2018). Del que lamentablemente aún no se cuenta con adaptación al español. Por todo lo anterior, se considera que la TE, para evitar caer en la excesiva patologización, puede beneficiarse de incorporar los ETA en su material bibliográfico; pues Young y colaboradores aún no los incorporan en la guía práctica de la terapia de esquemas, ni en el libro de autoapoyo reinventa tu vida.

Perspectivas de investigación para el futuro

Este trabajo permitió ver algunas de las necesidades de la TE para futuras investigaciones. Aunque la TE ha presentado resultados prometedores en el trabajo con pacientes caracterológicos; por ser una terapia relativamente reciente, necesita mayores estudios que avalen su eficacia. No está de más recordar que los estudios de caso, si bien permiten explorar un paciente a profundidad, son susceptibles a subjetividades por su metodología; por lo que deben ser contrastados con investigaciones que cuenten con estudios experimentales, métodos de doble ciego y/o diferentes muestras. Por lo anterior, es importante que, aparte de estudios de caso, se continúen comparando los resultados de la TE con otros modelos y con grupos de control, para así valorar más objetivamente su eficacia.

Con respecto a líneas particulares de investigación para el futuro, se pueden extraer tres posibilidades. La primera ya se discutió en el apartado anterior y corresponde a investigar sobre los esquemas tempranos adaptativos. La segunda, corresponde a la necesidad de realizar investigación en México de los instrumentos de evaluación que la terapia de esquemas propone, pues varios instrumentos de la TE aún no cuentan con validaciones y estandarizaciones en nuestro

país. La tercera, es que surgió como hipótesis si quizá no existirán modos de padre/madre adicionales a los propuestos por la teoría, ya que los modos castigador y demandante parecerían poder agruparse dentro del estilo parental educativo autoritario; pero faltarían los estilos educativos parentales permisivo, negligente (¿quizá el modo castigador pueda corresponder con este?) y democrático. Por lo anterior, una interesante línea de investigación podría encaminarse en contrastar los modos de esquema parentales con la teoría de estilos educativos parentales.

Conclusiones finales

El presente estudio de caso correspondió a un cliente de características narciso-vulnerables complejas tanto a la hora del diagnóstico como del tratamiento. Sin embargo, la implementación de la terapia de esquemas ayudó a lograr varios de los objetivos al aumentar el autoapoyo, reducir varios de los ETD y la sintomatología que presentaba. Aunque no se cumplieron los objetivos totalmente, esto es de esperar pues los problemas de personalidad suelen requerir terapias más largas que las 25 sesiones que se pudo tener. Aun así, se concluye que el apartado teórico-metodológico de la terapia de esquemas parece ser muy completo para el trabajo de los trastornos de personalidad, pues combina aspectos de las terapias verbales y conductuales; lo que le brinda un gran arsenal de técnicas que engloban lo cognitivo, experiencial, relacional y conductual. También cuenta con una estructura de trabajo bien delimitada que facilita el cambio al respetar los tiempos del cliente y al despatologizarle; pues separa a la persona del problema, al poner el énfasis en los esquemas y modos de esquema; además, que reconoce que son construcciones que, aunque en el presente puedan estar causando problemas, en su mayoría se formaron para adaptarse a momentos de gran necesidad en la infancia.

Finalmente, no se puede concluir este estudio de caso sin reconocer la valentía y fortaleza de Esteban, quien, a pesar del temor a la vergüenza y la vulnerabilidad, tuvo la tenacidad de afrontar

y cambiar sus trampas vitales con su disciplina, esfuerzo y constancia al presentarse puntual a casi todas las sesiones. Afrontar y aceptar las propias sombras, así como trascenderlas, no es un trabajo sencillo. No se me ocurre mayor símbolo de auténtico amor propio, que el hecho de haberse aventurado a hacerlo.

Referencias

Alcázar, R., Deffenbacher, J., y Byrne, Z. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*(2), 307–318.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)* (1ª Ed.). Barcelona: MASSON.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- V®)* (5ta. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bamelis, L. L. M., Renner, F., Heidkamp, D., y Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: an empirical study. *Journal of Personality Disorders*, *25*(1), 41–58. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.41

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Behary, W. (2012). Schema Therapy for Narcissism – A Case Study. En M. van Vreeswijk, J. Broersen, y M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 81–90). New Yersey: John Wiley & Sons, Ltd.

Behary, W., & Dieckmann, E. (2011). Schema therapy for narcissism: the art of empathic confrontation, limit- setting, and leverage. En K. Campbell y M. Joshua (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 445–456). https://doi.org/10.1002/9781118093108

Caballo, V. (Ed.). (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. España: Editorial Síntesis.

Cain, N. M., Pincus, A. L., y Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 638–656. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09 .006

Cid Colom, J. (2016). El esquema como organizador de la personalidad y sus trastornos: estudio psicométrico de la adaptación Española del Young Schema Questionnaire-Short Form. *TDX (Tesis Doctorals En Xarxa)*, 1–284. Recuperado de: http://www.tdx.cat/handle/10803/370109

Cockram, D. M., Drummond, P. D., y Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *17*(3), 165–182. https://doi.org/10.1002/cpp.690

Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., y Panzeri, M. (2016). Schema

therapy for emotional dysregulation: theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, *7*(1987), 1–16. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987

Dingfelder, S. F. (2011, Febrero). Narcissism and the DSM. *Monitor on Psychology*, 42(2). Recuperado de: http://www.apa.org/monitor/2011/02/narcissism-dsm

Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., y Pincus, A. L. (2013). The Impact of Pathological Narcissism on Psychotherapy Utilization, Initial Symptom Severity, and Early-Treatment Symptom Change: A Naturalistic Investigation. *Journal of Personality Assessment*, *95*(3), 291–300. https://doi.org/10.1080/00223891.2012.742904

Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *39*(1), 1–11. Recuperado de: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/AEP.pdf

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Mellor-Clark, J., Margison, F., McGrath, G., y Audin, K. (1998). *The CORE outcome measure: user's manual (version 2.1).* Core System Group.

Farrel, J., y Shaw, I. (2018). *Experiencing schema therapy from the inside out: a self-practice/ self-reflection workbook for therapists*. New York: Guilford Publications.

Fassbinder, E., y Arntz, A. (2019). Schema therapy with emotionally inhibited and fearful patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *49*(1), 7–14. https://doi.org/10.1007/s10879-018-9396-9

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E., y López-González, M. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*,

23(89), 109–135.

Greenberg, E. (1996). When insight hurts: gestalt therapy and the narcissistically vulnerable client. *British Gestalt Journal*, *5*(2), 113–120.

Hawke, L. D., y Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *25*(4), 257–276. https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257

Jacob, G. A., y Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*(2), 171–185. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, *21*(3), 26–31.

Körük, S., y Özabacı, N. (2018). Effectiveness of schema therapy on the treatment of depressive disorders: a meta-analysis. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, *10*(4), 460–470. https://doi.org/10.18863/pgy.361790

Lockwood, G., y Perris, P. (2012). A new look at core emotional needs. en M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 47–66). https://doi.org/10.1002/9781119962830

López, A., Cid, J., Obst, J., Rondón, J., Alfano, S., y Cellerino, C. (2011). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, *5*(1), 83–115.

https://doi.org/https://doi.org/10.22235/cp.v5i1.102

Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M.-H. R., y Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and schema therapy (ST): The development of the Young positive schema questionnaire (YPSQ) to complement the Young schema questionnaire 3 short form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*, *30*(9), 1199–1213. https://doi.org/10.1037/pas0000567

Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., y Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*(3), 185–202. https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274

Matute, A. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young (YSQ-S3) en muestra mixta peruana* (Universidad de Lima). https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/9302

Miller, J., y Maples, J. (2011). Trait personality models of narcissistic personality disorder, grandiose narcissism, and vulnerable narcissism. In K. Campbell & J. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical approaches, empirical findings, and treatment* (pp. 71–88). New Yersey: John Wiley & Sons, Inc.

Moreno, M. de L. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones a las que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento* (Universidad Iberoamericana Puebla). Recuperado de: https://repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/1197

Moscoso, M. S. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *32*(2), 321–343.

Moscoso, M. S., y Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea, 6*, 4–13.

Parker-Pope, T. (2010, Noviembre 29). Narcissism No Longer a Psychiatric Disorder. *The New York Times*. Recuperado de: https://well.blogs.nytimes.com/2010/11/29/narcissism-no-longer-a-psychiatric-disorder/?searchResultPosition=1&mtrref=www.nytimes.com&gwh=73350139A2C75396E85310C9DBD9C5DB&gwt=pay&assetType=REGIWALL

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., y Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*(3), 365–379. https://doi.org/10.1037/a0016530

Pincus, A. L., Cain, N. M., y Wright, A. G. C. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(4), 439–443. https://doi.org/10.1037/per0000031

Prochaska, J., y Di Clemente, C. (1982). transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *19*(3), 276–288.

Quiñones, Á., Ramírez, P., Cid, J., Melipillán, R., Ugarte, C., y Florenzano, R. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica, 36*(3), 144–155. https://doi.org/10.4067/s0718-48082018000300144

Rafaeli, E., Bernstein, D., y Young, J. (2011). *Schema therapy: distinctive features*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología, 18*(2), 211–218.

Roediger, E., Stevens, B., y Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: an integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic Personality Disorder in DSM-V—In Support of Retaining a Significant Diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 248–259. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.248

Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2016). Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review. *Journal of Research in Personality, 64*, 90–101. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.012

Taylor, C. D. J., Bee, P., y Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? a systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 456–479. https://doi.org/10.1111/papt.12112

Weertman, A. (2012). The use of experiential techniques for diagnostics. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 101–109). https://doi.org/10.1002/9781119962830

Young, J., y Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. Nueva York: Cognitive Therapy

Cente of New York.

Young, J., y Brown, G. (2006). *Young schema questionnaire- 3*. Nueva York: Cognitive Therapy Cente of New York.

Young, J., y Klosko, J. (2001). *Reinventa tu vida: cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. España: Paidos.

Young, J., Klosko, J., y Weishaar, E. (2016). *Terapia de esquemas: guía práctica* (2da ed.). España: Desclée De Brouwer.

Anexos

Anexo 1: Diagnóstico diferencial según DSM-V

Diagnóstico diferencial de los trastornos del eje I

Con respecto a trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, se sospechó que pudiera existir trastorno de estrés postraumático (consecuencia del secuestro a mano armada que sufrió hace dos años) debido a que aún presentaba ciertos síntomas de ansiedad al viajar de noche a su casa. Sin embargo, no cumple todos los criterios para este trastorno (criterio "E" de alteración importante en la alerta y reactividad asociada al suceso traumático y "G" de alteración que causa malestar clínicamente significativo); por ello, para evitar patologizar de más, se decidió no diagnosticar como TEP y mejor se manejó como un evento traumático significativo. Al respecto del trastorno adaptativo mixto, el DSM-V especifica que solo se puede mantener como diagnóstico si la duración no es mayor a 6 meses; después de este periodo, solo puede considerarse como persistente o crónico si la gravedad de los síntomas se mantiene. Aunque aún presentaba insatisfacción por la separación de los padres, la gravedad de los síntomas era significativamente menor, casi eliminándose al final de las sesiones, por lo que se evitó diagnosticar como trastorno adaptativo mixto persistente y mejor se manejó como duelo que aún faltaba por resolver. Adicionalmente, el trastorno de personalidad explica mejor la vulnerabilidad tras el divorcio.

En el apartado de trastornos de ansiedad, podría parecer que cumple criterios de trastorno de ansiedad social (fobia social); sin embargo, no cumple el criterio D, donde se especifica que las situaciones sociales casi siempre provocan fobia social, pues su temor a socializar solo se limita a gente nueva y participar en clase; adicionalmente, sus características vulnerables/evitativas podrían explicar mejor la ansiedad al socializar. También se sospechó que los episodios de llanto incontrolables podrían haber sido, en realidad, episodios de ataque de pánico, sin embargo, no se

encontró indicios dejados por su anterior terapeuta de que ese fuera el caso. Adicionalmente, en la actualidad no presenta los episodios, por lo que es difícil saber si fueron ataques de pánico o episodios de gran llanto; por esta razón se decidió omitir el diagnóstico de trastorno de pánico. Aun así, como prevención, se dejó registro por si volvía a presentar estos episodios en el futuro, además que se enseñaron técnicas de relajación para afrontar ataques de pánico.

Con respecto a trastornos depresivos, podría cumplir síntomas de trastorno depresivo persistente (distimia), pero la depresión típica del narcisismo vulnerable parece explicar mejor el cuadro de tristeza y ansiedad que presenta.

Diagnóstico diferencial de los trastornos eje II del DSM-V

En trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, cumple los niveles de alteración de funcionamiento de la personalidad que se requieren para este diagnóstico, sin embargo, por razones no concernientes al trastorno (se debe más a los aspectos narcisistas-vulnerables). En rasgos patológicos de la personalidad solo cumple con perfeccionismo rígido. Cumple criterios de dedicación excesiva al trabajo que excluye actividades de ocio (3) y rigidez y obstinación (8), pero no parece cumplir los demás criterios.

El diagnóstico más difícil de diferenciar fue el de trastorno de personalidad evitativa, pues en apariencia podría cumplir los criterios mínimos necesarios. Por ejemplo, cumple criterios de ser poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado (2), le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales (4) y se muestra extremadamente reacio a sumir riesgos personales o a implicarse en nuevas a actividades porque le pueden resultar embarazosas (7). Sin embargo, no se le dio este diagnóstico pues no parece cumplir los criterios de evitar actividades laborales que implican contacto interpersonal significativo (1) y no se muestra

retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen (3), ya que señala que no hay problema con la gente conocida. Los criterios donde existió mayor duda fueron los de mostrarse inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación, pues no se considera inadaptado (al menos conscientemente) (5), y aunque a veces se ve como socialmente inepto, poco atractivo o inferior (6), esta perspectiva es variable y alterna con grandiosidad. Además, hay que tomar en cuenta que este diagnóstico no explica la falta de empatía, la envidia, la búsqueda de reconocimiento y admiración. También se debe recordar que el trastorno narcisista vulnerable se caracteriza por ser un narcisismo combinado con muchas características evitativas; por lo que parece explicar mejor la sintomatología. Esta dificultad en el diagnóstico muestra cómo el modelo categorial del DSM puede empalmar diferentes trastornos en criterios semejantes.

En trastorno de personalidad histriónica cumple los criterios (1) de sentirse incomodo en situaciones donde no es el centro de atención, y (6) de mostrar excesiva teatralidad. Sin embargo, no parece existir comportamiento sexualmente provocador (2); cambios rápidos y expresión plana de emociones, (3); no usa el aspecto físico para llamar la atención (4); su estilo de hablar no está basado en impresiones (5): y no es sugestionable (7).

En trastorno de personalidad dependiente solo cumple el criterio de sentirse incómodo o indefenso cuando está solo, por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo (6) y no parece cumplir el resto de criterios. Además, que se explica mejor por uno de sus ETD principales: el de abandono/inestabilidad.

Por la gran variedad de síntomas, también se pensó en el trastorno de personalidad limite, pues parece existir alteración de la identidad, autoimagen y sentido del yo; sin embargo, no cumple

los demás criterios. Además, la inestabilidad en la identidad y variedad de síntomas puede ser mejor explicada por el narcisismo vulnerable.

Finalmente, se decidió que el trastorno que cuadra mejor es el narcisista porque presenta autoestima variable y vulnerable con intentos de regulación a través de la búsqueda de aprobación de los demás, así como grandiosidad encubierta; sin mencionar que esto afecta en su identidad, autodirección y capacidad para establecer empatía e intimidad. Se requiere que cumpla al menos cinco criterios, cumpliendo los necesarios al presentar que: está absorto en fantasías de brillantez y amor ideal ilimitado (2); tiene una necesidad excesiva de admiración (4); muestra un sentimiento de privilegio, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas (5); carece de empatía (7); con frecuencia envidia a los demás (8) y muestra comportamientos o actitudes arrogantes de superioridad (9).

Adicionalmente, se agrega el indicador vulnerable porque su grandiosidad la obtiene de manera encubierta a través de la victimización: busca reconocimiento al presentarse como impotente, poco capaz y con muchos defectos. Además, que presenta estado de ánimo ansioso-depresivo, excesiva confianza en los demás para ser validado, miedo al juicio y a la crítica, baja autoestima, sentimientos de impotencia, perfeccionismo rígido como forma de evitar las consecuencias aversivas de no ser considerado excelente, evitación social y vergüenza. Aspectos que, como ya se mencionó en la introducción, son típicos del narcisismo vulnerable.

Anexo 2: Diagnóstico diferencial según la Terapia de Esquemas

Para poder determinar con qué trastorno coinciden mayormente sus modos de esquema, se decidió contrastar sus resultados con lo que se esperaría en los principales trastornos de

personalidad donde había mayor duda. Para ello, se presenta una tabla con los esquemas y modos de esquema que se esperarían de cada trastorno:

Tabla 14
Esquemas y modos de esquema dañados en los trastornos de personalidad

Trastorno histriónico de la personalidad		
Esquemas dañados más importantes	Modo de esquema principal	
- Abandono - Privación emocional - Grandiosidad - Insuficiente autocontrol	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 sus gratificaciones inmediatas.	
Trastorno evitativo de la personalidad		
Esquemas dañados más importantes	Modos de esquemas principales	
- Imperfección - Fracaso - Aislamiento social - Subyugación	Niño vulnerable	Se siente solo, débil, triste, no comprendido, imperfecto, incapaz, preocupado, etc.
	Niño impulsivo/ indisciplinado	Se comporta según sus deseos no nucleares o impulsos de manera egoísta o poco controlada para conseguirlos a su manera.
	Rendición sumisa	Se comporta de manera pasiva, sumisa, con búsqueda de aprobación, se desprecia ante los demás, alejándose por miedo a conflictos o rechazo.
	Protector aislado	Corta, aísla o cerca las necesidades y los sentimientos, se separa emocionalmente de las personas y rechaza su ayuda.
	Padre castigador	Siente que uno mismo o los demás merecen el castigo o la culpa y a menudo actúa según estos sentimientos culpando o castigando.
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad		
Esquemas dañados más importantes	Modos de esquemas principales	
- Metas inalcanzables - Inhibición emocional	Padre exigente	Considera que debe ser perfecto o rendir a alto nivel. Se esfuerza por obtener un elevado estatus, anteponer sus necesidades a las de los demás, ser eficiente o evitar perder el tiempo. Siente que es erróneo expresar sus sentimientos o actuar de forma

		espontánea. Se refiere a normas estrictas y metas elevadas internalizadas de parte de los padres, pero no exclusivamente.
	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, separado; se autotranquiliza o autoestimula en actividades ya sea de forma compulsiva o en exceso. Puede adoptar una postura cínica, reservada o pesimista para evitar invertir en personas o actividades.
Trastorno narcisista de la personalidad		
Esquemas dañados más importantes	Modos de esquemas principales	
- Privación emocional - Imperfección - Grandiosidad Puede presentar otros esquemas: búsqueda de aprobación, adicciones y búsqueda de estimulación (estrategias de evitación), metas inalcanzables, subyugación y desconfianza	Niño solitario	Se sienten niños solitarios, valorados cuando son ensalzados por los padres. No se sienten queridos y adorables. Se sienten vacíos. En el modo vulnerable del narcisismo no se sienten especiales sino como la media, como los demás, lo que significa rechazo y que son socialmente inaceptables. Se activa por la pérdida de la valoración, posición y estatus.
	Exaltación de uno mismo	Excesiva sobrecompensación al sentirse especial, importante, competitivo, buscando atención y estatus. Se siente superior, crítico con los demás, sin mostrar empatía, envidioso. Es el modo por defecto.
	Protector aislado	Manifiesta intereses solitarios, conductas compulsivas, se distrae, etc. Este modo ayuda a cortar las emociones que surgen cuando está solo o en ausencia de fuentes de validación. Evitando la activación del niño solitario.

Nota. Adaptado de las tablas 10, 14, 16 y 17 de "Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko y Wheishar", López, A. y cols., 2011, Ciencias Psicológicas, 5, pp. 22-29.

En cuanto al trastorno histriónico de la personalidad, cumple con los esquemas de abandono, privación emocional y grandiosidad. Sin embargo, no presenta el modo de esquema infantil impulsivo. Además, un esquema principal que tiene es el de metas inalcanzables, que no se contempla para este trastorno. Tampoco se contemplan sus modos de esquema sobrecompensadores, ni el modo de esquema de padre exigente/demandante.

En cuanto al trastorno de personalidad evitativa, se puede encontrar mucha similitud con el caso de Esteban. Presenta los modos de esquema de niño vulnerable (abandonado y privado emocionalmente), pero no presenta el modo de niño impulsivo/indisciplinado. Así mismo, la mayoría de sus modos de esquema de respuesta no son del protector aislado, sino de la sobrecompensación o autoexaltación del sí mismo, el cual tampoco se contempla para este diagnóstico. Además, tampoco tiene el modo de esquema de padre castigador, sino el de padre exigente. Igualmente, no están presentes sus esquemas más dañados: abandono, metas inalcanzables y grandiosidad. Por lo anterior no parece cuadrar del todo con este diagnóstico.

Sobre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, también parece cumplir con varios aspectos, pues su modo de esquema parental es el padre exigente y cumple hasta cierto punto con el modo de protector aislado. También coincide en que presenta daño en el esquema de metas inalcanzables, así como ligera elevación en inhibición emocional. Sin embargo, dos de sus principales esquemas dañados (abandono y grandiosidad) no se contemplan en este trastorno, sin mencionar que no se contemplan varios de los esquemas que tiene elevados (como búsqueda de aprobación, castigo, negatividad/pesimismo, etc.). Por lo anterior, no parece ser el diagnóstico que mejor cuadra.

Con respecto al trastorno narcisista de personalidad, es en este trastorno que se cumplen todos los criterios. Presenta el niño vulnerable (solitario y privado emocionalmente), el modo sobrecompensador o de exaltación de sí mismo (con los submodos de búsqueda de reconocimiento y estatus, rebelión pasivo agresiva, obsesión por el exceso de orden) y el modo de protector aislado (al retirarse socialmente). Igualmente, coinciden varios de sus esquemas con mayor puntaje en el CEY-S3: grandiosidad, metas inalcanzables, privación emocional y búsqueda de aprobación. Inclusive, se contemplan esquemas donde obtuvo puntajes menos elevados pero significativos:

subyugación y desconfianza. Si bien no salió alto en imperfección/vergüenza, esto probablemente se deba a que es uno de los esquemas del que menos consciencia tienen las personas; de hecho, durante el proceso terapéutico, Esteban presentó muchos sentimientos de imperfección, hasta el punto de preguntarse por qué querrían a alguien como él, cuando alguien no mostraba interés en él. Hay que señalar que presenta un modo de esquema extra: el rendido sumiso, se considera que esto se debe al subtipo vulnerable del narcisismo, pues este modo se caracteriza por rendirse a los esquemas, generando vulnerabilidad. Igualmente, es importante recalcar que no salió alto en el esquema de insuficiente autocontrol, el cual comúnmente viene asociado con aspectos más antisociales de la personalidad y con el narcisismo grandioso. Todo lo anterior parece apoyar la existencia de diferencias en los dos tipos del narcisismo. En todo caso, el narcisismo es el único trastorno donde sus esquemas y modos de esquema cumplen todos los criterios.

Algo importante es que el diagnóstico de la TE del TNP no contempla modos de esquema de padre/madre. Aunque esto no se considera como problema pues la TE plantea que, aunque el trastorno narcisista no siempre incluye un modo de esquema parental determinado, no se niega la posibilidad de que pueda existir. De hecho, en el presente estudio de caso se hipotetiza que sería esperable que, para que el paciente hubiera desarrollado al niño solitario en primer lugar, se hubiera tenido algún padre/madre que no cubriera alguna de las cinco necesidades básicas; por lo que es lógico suponer que pudiera haber algún modo de esquema parental incluido en los pacientes con TNP. De hecho, en la guía práctica de la terapia de esquemas (Young y cols., 2016), se mencionan varios tipos de padres que pudieron haber generado el narcisismo; siendo común que uno de los padres fuera abusador o aprobador condicional, mientras que el otro padre estuviera en el lado opuesto siendo distante y/o crítico; un padre pudo haber inflado el valor mientras que el otro desinflaba o ignoraba. Aunque también se menciona que es posible que los padres fueran amorosos,

pero que fueran segregados en las relaciones sociales. En el caso de Esteban parecen cumplirse todos los puntos: su madre, aunque era cariñosa, mucha de su aprobación era condicional (quizá porque ella misma tenía características narcisistas, pues él menciona que es una persona difícil y exigente); por otro lado, el padre parecía más periférico y centrado en su trabajo; además, que Esteban también sufrió exclusión en la escuela porque sus compañeros se burlaban de sus comportamientos femeninos. Hay que recalcar que ambos padres tenían estándares demasiado altos (que él reconoce que los introyectó) por lo que se mantiene que su modo de esquema parental es el demandante.

También es posible que los modos de esquema extra: padre/madre demandante y rendición sumisa, sean los que expliquen el subtipo vulnerable. Pues el modo padre/madre demandante hace que se exija de más para evitar que su valor disminuya y el modo de rendición sumisa ocasiona que se rinda a los esquemas generadores de vulnerabilidad.

El tema de los modos parentales hace suponer otra diferencia entre el narcisismo vulnerable con el grandioso: quizá este último tienda casi exclusivamente a la sobrecompensación, así como esquemas altos en la dimensión de falta de límites y reglas. Quizá los padres del narcisista grandioso sean mayormente permisivos; lo que ocasiona que sus “voces” no sean interiorizadas de la misma manera que el modo de padre/madre demandante y castigador. Lo anterior hace hipotetizar si quizá no existirá un tercer modo de esquema parental: el padre permisivo. Aunque todas estas son conjeturas que no se manejan en la teoría.

Anexo 3: Instrumentos de evaluación utilizados

A) Escala global y Escala Enojo-Rasgo

Cuestionario para saber cómo te has sentido últimamente

Nombre completo:_____
Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino. Edad: _____Fecha:_____
Consulta terapéutica número: ( ) 1 ( ) 5 ( ) 10 ( ) 15

ESCALA GLOBAL

Instrucciones: Responde todas y cada una de las preguntas. Indica con una "X" la opción que mejor te describa.

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas…	**1 Nada**	**2 Casi nada**	**3 Poco**	**4 Regular**	**5 Mucho**	**6 Muchísimo**
1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada…						
2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado…						
3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas…						
4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada…						
5, Mi salud física está siendo perjudicada…						
6, Mi vida en general está siendo perjudicada…						
7, Mi relación de pareja está siendo perjudicada… ( ) Yo no tengo pareja.						

CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE…	**1) Casi nunca**	**(2) Algunas veces**	**(3) Frecuen-temente**	**(4) Casi Siempre**
1 Soy muy temperamental (enojón).				
2 Tengo un carácter irritable.				
3 Exploto fácilmente.				
4 Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado.				
5 Me enojo muy fácilmente.				
6 Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás.				
7 Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos.				
8 Me pongo furioso(a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco.				
9 Me enojo cuando alguien arruina mis planes.				
10 Tengo un carácter enojón.				

B) Inventario de Depresión, de Beck

INVENTARIO DE BECK BDI*

EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LA ORACION QUE USTED ESCOGIÓ. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO, MARQUE CON "X" CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. 0 YO NO ME SIENTO TRISTE
   1 ME SIENTO TRISTE
   2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
   3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

2. 0 EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO
   1 ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO
   2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
   3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

3. 0 YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO
   1 SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL
   2 AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS
   3 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA

4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO
   1 YO NO DISFRUTO LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA HACERLO
   2 YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCION DE NADA
   3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO

5. 0 EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE
   1 ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
   2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
   3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO

6. 0 YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO
   1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO
   2 ESPERO SER CASTIGADO
   3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO
   1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO
   2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
   3 ME ODIO

8. 0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS
   1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
   2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
   3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE

9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO
2 ME GUSTARIA SUICIDARME
3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD

10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL
1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO
2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO

11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR
1 ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES
2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO

12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR
2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE
3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE

13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO LO HE HECHO
1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MÁS QUE ANTES
2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES
3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES

14. 0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA
1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)
2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO ATRACTIVO(A)
3 CREO QUE ME VEO FEO(A)

15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO

16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO
2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR

17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO
2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO
3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA

18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL
1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO
2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA
3 NO TENGO APETITO DE NADA

19. 0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE
1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS
2 HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS
3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS

A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS
SI_____ NO_____

20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES
1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO, DOLORES, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACIÓN
2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY DIFICIL PENSAR EN ALGO MÁS
3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA

21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

* Estandarizado en la Cd de México por Jurado, S. Et al (1998). *Salud Mental*. 21(3) 26-31

C) Inventario de Ansiedad, de Beck

INVENTARIO DE BECK (BAI)*

INSTRUCCIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SINTOMAS MAS COMUNES DE LA ANSIEDAD. LEE CUIADADOSAMENTE CADA AFIRMACION, INDICA CUANTO TE HA MOLESTADO CADA SINTOMA LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY, MARCANDO CON UNA "X" SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.				
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR				
3. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS				
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE				
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR				
6. SENSACION DE MAREO				
7. OPRESION EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS				
8. INSEGURIDAD				
9. TERROR				
10. NERVIOSISMO				
11. SENSACION DE AHOGO				
12. MANOS TEMBLOROSAS				
13. CUERPO TEMBLOROSO				
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL				
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR				
16. MIEDO A MORIR				
17. ASUSTADO				
18. INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL				
19. DEBILIDAD				
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO				
21. SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR)				

¿Quieres agregar algún comentario? _____

Mil gracias

Estandarizado en la Cd de México por Robles, R. Et al (2001). *Revista mexicana de psicología.* vol.18, Número 2, págs. 211- 218

Anexo 4: Justificación de la extensión del presente estudio de caso

Por este medio, como autor de este documento, me gustaría aprovechar para justificar la extensión del mismo; ya que los lineamientos institucionales de la Universidad Iberoamericana de Puebla, para la maestría en psicoterapia, solicitan que no rebase las 40 cuartillas.

Una primera razón es que el paciente presentaba gran variedad sintomatológica, por lo que, en orden de hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado, fue necesario tener apartados robustos de datos de identificación, formulación de caso y diagnóstico diferencial. Otro aspecto es que se tuvieron un total de 25 sesiones, extensión bastante más larga que las que usualmente se suelen manejar para estos trabajos (con un promedio de entre 10 y 15 sesiones); además, se aplicaron instrumentos adicionales a los que usualmente se solicitan (el CEY-S3 y el CORE-OM); todo esto implicó tener capítulos más largos de implementación de tratamiento y evaluación de resultados. Otro motivo fue el modelo teórico utilizado, el cual es relativamente reciente, por lo que se requiere explicar con mayor detalle, ya que no se suele estar habituado al mismo; además, que es una terapia bastante compleja, por lo que explicarla requirió más espacio del que se necesitaría para otras terapias con menor apartado teórico. Finalmente, todos estos aspectos impactaron en que se tuvo apartados más largos de discusión y referencias.

Por estas razones, y para evitar eliminar información importante, se decidió mantener la extensión del presente estudio de caso, aunque rebasara el límite de 40 cuartillas.

Sin otro particular, se agradece la atención y se deja constancia para las consideraciones que resulten pertinentes.

Lic. Carlos Yamil Osorio Reyes

Anexo 5: Índice

Resumen 1

Introducción 2

Objetivos propuestos 8

Objetivo principal 8

Objetivos secundarios 8

Datos de identificación del paciente 9

Motivo de consulta 12

Técnicas e Instrumentos para evaluar al paciente 13

Inventario de depresión, de Beck (BDI) 13

Inventario de ansiedad, de Beck (BAI) 14

Escala Enojo-Rasgo 15

Cuestionario de esquemas de Young (CEY) 16

Escala Global 17

Clinical Outcomes in Routine Evaluation –Outcome Measure (CORE-OM) 18

Diagnóstico del paciente 19

Formulación de caso 21

Diagnóstico según la TE 27

Elección del tratamiento 31

Justificación del tratamiento 31

Plan de tratamiento 33

Confrontación empática 34

Reparentalización limitada 35

Técnicas experienciales 35

Implementación del tratamiento 36

Resultados del tratamiento 45

Cualitativos 45

Cuantitativos 47

La persona del terapeuta 53

Fortalezas 53

Áreas de oportunidad 54

Discusión 54

Análisis del logro de objetivos 55

Dificultades en el diagnóstico del narcisismo vulnerable y aportaciones de la TE 58

La TE como modelo integrador para el trabajo de los TP 60

La TE hacia el futuro: la importancia de integrar los esquemas saludables 61

Perspectivas de investigación para el futuro 63

Conclusiones finales 64

Referencias 65

Anexos 73

Anexo 1: Diagnóstico diferencial según DSM-V 73

Diagnóstico diferencial de los trastornos del eje I.....73

Diagnóstico diferencial de los trastornos eje II del DSM-V.....74

Anexo 2: Diagnóstico diferencial según la Terapia de Esquemas.....76

Anexo 3: Instrumentos de evaluación utilizados.....82

A) Escala global y Escala Enojo-Rasgo.....82

B) Inventario de Depresión, de Beck.....83

C) Inventario de Ansiedad, de Beck.....86

Anexo 4: Justificación de la extensión del presente estudio de caso.....87

Anexo 5: Índice.....88