

Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso

Juan J. Olivencia y Adolfo J. Cangas
Universidad de Almería

En el presente estudio se expone un procedimiento de intervención en un caso diagnosticado de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Se ha centrado el tratamiento en aquellos aspectos personales con mayor repercusión social o importancia de cara a otras conductas problema. En la intervención se han utilizado componentes y principios recogidos en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* y la *Psicoterapia Analítico Funcional*. Los resultados señalan la utilidad de estas estrategias en el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Psychological treatment of schizotypal personality disorder. A case study. In the present study, a procedure of intervention is exposed centered in the Schizotypal Personality Disorder, particularly in those personal aspects with greater social repercussion or importance. The treatment has taken place used different components and principles gathered in the *Acceptance and Commitment Therapy* and the *Functional Analytic Psychotherapy*. The obtained results, take to us to raise the possibility of an effective intervention in this type of personality disorder.

Los trastornos de personalidad son un tema relativamente novedoso dentro del campo de la modificación de conducta. De hecho, no existen apenas técnicas terapéuticas eficaces reconocidas, centrándose mayormente la intervención psicológica en la reducción de los síntomas más molestos (Errasti y Quiroga, 2001; Soler y Gascón, 1999). En el caso del trastorno esquizotípico de la personalidad (en adelante TEP), la situación, si acaso, aún es más indefinida precisamente por su relación con los trastornos psicóticos (tan o más imprecisos que los trastornos de personalidad). Así, la literatura no muestra terapias claramente efectivas para este tipo de casos e, igualmente, se plantean múltiples interrogantes sobre la etiología de este desorden (Benjamín, 1993; Millon y Davis, 2001; Jiménez, Muela, García y Garrancho, 2004; Siever, Bernstein y Silverman, 1995).

En este sentido, el objetivo del presente estudio se centró en dilucidar algunas de las posibles relaciones funcionales que puedan darse entre diferentes síntomas definitorios del TEP, a partir de una intervención secuencial utilizando componentes de la Terapia de Aceptación Compromiso y la Psicoterapia Analítico Funcional (Bach y Hayes, 2002; García, Luciano, Hernández y Zaldívar, 2004; Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Kohlenber y Tsai, 1991; Pankey y Hayes, 2003; Wilson y Luciano, 2002), aplicando la intervención tanto a la paciente como a la familia.

Método

Sujeto

Pilar es una mujer de 19 años de edad, con pareja estable y que vive con sus padres. Acudió a terapia «por deseo expreso de los padres», ya que ella decía «encontrarse bien». El motivo principal de solicitar asistencia psicológica era debido, en primer lugar, al interés de que su hija no *fuese* tan «rara» y que no llegara a pasarle lo mismo que a su tía (diagnosticada de esquizofrenia paranoide a la edad de 25 años). Esta cuestión preocupaba mucho a la madre de Pilar, ya que estaba observando que, en los últimos meses, Pilar estaba «pensando y haciendo» muchas de las cosas que su tía empezó a hacer antes de «ponerse enferma», según palabras de ésta.

Pilar era una persona que no quería ‘responsabilidades’, con «rarezas» (como hablar sola), descuidada, indecisa, acomplejada con su cuerpo, tímida y desconfiada con todo el mundo. Muchos de estos comportamientos los había empezado a mostrar en el colegio, especialmente el retraimiento hacia los demás. Como datos adicionales, cabría destacar que el nivel cultural de la familia es bajo (solamente estudios primarios).

Evaluación

- *Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)* (Millon, 1987).
- *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (I.P.D.E)* (Loranger, Susman, Oldham y Russakoff, 1987).
- *Registro observacional*. Se grabaron en vídeo las diferentes sesiones terapéuticas y se llevó a cabo un registro de frecuencia de las principales conductas problema.

Procedimiento

La intervención fue llevada a cabo en una consulta privada, en sesiones de aproximadamente una hora y 20 minutos de duración, con una frecuencia de 1 sesión semanal durante sesenta semanas.

El objetivo de la intervención ha estado encaminado a la desaparición, o cuanto menos a la disminución, de todas aquellas conductas problema de Pilar que imposibilitaban un adecuado funcionamiento en su medio ambiente social. Estos elementos se basan en componentes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999) y la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), en unión con otras técnicas habituales en terapia de conducta (como es el moldeamiento, manejo de contingencias o modelado). Ireemos comentando los aspectos más destacados a lo largo de la descripción de la intervención, al hilo de los objetivos establecidos con las diferentes conductas problema.

Es de destacar, a colación del uso combinado de cada una de las técnicas mencionadas, que fueron llevadas a cabo de un modo fluido y *natural* para evitar así la interrupción del hilo argumental de lo que pudiera estar planteándose en ese momento.

En un primer lugar, y con la intención de ayudar a Pilar a discriminar las conductas presentes de '*susplicacia*', '*autodesvalorizaciones*' y '*percepción inadecuada*', se llevó a cabo una valoración de la correspondencia o no-correspondencia de estas conductas con lo ocurrido realmente, valorándose a tal efecto aquellos hechos que pudieran no estar siendo atendidos por el sujeto y que entraran en contradicción con el mantenimiento del comportamiento como algo 'real'.

Se pretendía hacer ver a Pilar que sus intentos de control sobre los demás o 'ella misma', para conseguir eliminar pensamientos (dudas en el caso de la susplicacia), sólo habían conseguido aumentar el problema. O, en el caso de la elaboración de inadecuadas explicaciones de 'distorsiones perceptivas', podría incrementar su número o incluso acarrear otros problemas añadidos. Así, se instaba a que desarrollase una perspectiva sobre sí misma respecto a los problemas, de tal modo que pudiera llegar a discriminar entre los pensamientos y la persona (ella misma) que los estaba experimentando.

El objetivo consistía en la ruptura de la relación causa-efecto que normalmente había estado atribuyendo a los pensamientos, diferenciando para ello entre la persona y lo que siente. De este modo, se hacía uso de metáforas, ejemplos y argumentaciones que, en estrecha relación con lo discutido en ese momento, pusieran de manifiesto la inadecuación de sus conductas problema y de todas aquellas explicaciones que intentaban legitimarlas. Así, por ejemplo, se hizo uso de diferentes metáforas expuestas en Hayes et al. (1999). En la misma dirección se sacó a colación, en diferentes sesiones, la metáfora de un perro que tenía miedo al agua y que, por evitar sentirse mal al contactar con ella, no llegaba nunca a comprobar que no era peligrosa y que, por tanto, sus 'sentimientos' con relación a la misma eran erróneos. También se expuso la metáfora de la niebla, donde ésta representaba sus dudas y otras conductas problema, de tal modo que aunque se trataba de algo que impedía la 'visión' del otro lado, no significaba que realmente no existiera nada detrás de la niebla o que no se pudiera pasar.

Una situación «paradójica» planteada, en la línea de las anteriores acciones, consistió en el dilema de dos personas que estando en una misma habitación no se ponían de acuerdo sobre la temperatura que tenían, pues una de ellas sentía calor y la otra no. Planteándose a este respecto cuál de ellas tenía razón, si alguna de ellas estaba *mintiendo* y qué explicación tendría la diferencia de

calor en cada una de las personas. A esto se le llamó 'el problema del termómetro' que, junto con otros ejemplos similares, intentaba poner de manifiesto cómo el mismo hecho podía tener diferentes explicaciones, y sólo una de ellas ser real.

En el caso de las interacciones familiares, con el objetivo de que los padres llegaran a discriminar también sus comportamientos disfuncionales, se les comentaba que una prueba de lo inadecuado del uso de la crítica continua (peticiones contradictorias) sobre su hija era que, cuanto más usaban este sistema de control, peor le iban las cosas. En este sentido, se les explicaba que muchas de las conductas que pasaban a valorar como 'inadecuadas' en Pilar, se trataban de aproximaciones a las peticiones que ellos mismos le habían hecho con anterioridad y, por lo tanto, de comportamientos 'muy positivos'. Un ejemplo de ello sería el caso de las peticiones continuas a Pilar para que tomara la iniciativa sobre alguna cuestión personal más, cuando lo hacía, se le criticaba que «siempre» hacía las cosas «sin contar con sus padres».

Del mismo modo, un segundo objetivo se centró en las interpretaciones funcionales entre el comportamiento verbal emitido en el contexto clínico y aquellos factores de control que lo pudieran estar determinando, con el fin de ofrecer una explicación que facilitara la contextualización del síntoma (Kohleberg y Tsai, 1991). De este modo, se pretendía también una validación del comportamiento del sujeto, en la línea de la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993)

Así, esperábamos la discriminación de aquellos elementos, tanto históricos como actuales, que hacían la conducta problema «comprensible» y «justificable», aunque desadaptativa e «irreal» en los términos analizados anteriormente.

De este modo, en el caso de las áreas constituidas por las conductas '*susplicaces*', '*autodesvalorizaciones*', '*conducta perceptual distorsionada*' y '*disfunción familiar*', se pasó a moldear la conducta de Pilar (haciendo uso de preguntas, comentarios y ejemplos que la ayudasen a dar con la alternativa correcta) con relación a las posibles variables de las que dependería el que ella misma, su novio o cualquier otra persona, presentaran la tendencia a actuar como lo hacían en determinadas situaciones. Ofreciendo así una explicación alternativa (funcional) que diera cuenta del porqué de dicho comportamiento (determinantes históricos, normas sociales, reacciones emocionales, etc.), a la par que facilitara, como se ha indicado anteriormente, la discriminación de las circunstancias y tendencias a comportarse que acarrearían 'más de lo mismo'.

Así, y en consonancia con la PAF, se ha procurado establecer y fortalecer aquellas interpretaciones del cliente que describieran, de forma precisa, las relaciones funcionales en las que se encuentran implicadas sus *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCRs, en adelante) para incrementar su contacto con las variables que controlan estas conductas y posibilitar así las oportunidades del cliente de cambiar en la dirección deseada (sus valores). Se trataba así, de la discriminación de los factores de control de los que dependiera su conducta, en un principio de forma hipotética, pasando después a ser comprobados. Para lograr este fin, fueron establecidos dos tipos de variables, que *grosso modo*, permitieran una explicación en consonancia con el contexto social en el que nos encontramos inmersos. A las explicaciones con mayor énfasis en la situación inmediata en la que pudiera encontrarse la persona en un momento dado se les denominó '*explicación circunstancial*', frente a las '*explicaciones históricas*' en las que los motivos aducidos eran personales.

Un tercer objetivo se centró en el análisis de las «consecuencias negativas» que supuestamente se derivarían de continuar comportándose como lo habían hecho hasta el momento y de las «consecuencias positivas» de hacerlo en una dirección alternativa. De este modo, y partiendo del supuesto de la generalización de la conducta verbal moldeada durante la sesión a la vida diaria, si se dan las condiciones oportunas, se estableció como objetivo la discriminación de aquellas relaciones conducta-consecuencias que normalmente pasaban desapercibidas para Pilar y que constituían, en sí mismas, la mayor prueba de la disfuncionalidad de los 'síntomas'. De este modo, se trataba de extender al futuro la explicación histórica y circunstancial llevada a cabo en el apartado de «*Establecimiento de relaciones funcionales entre factores de control y conducta problema*».

Aunque estos aspectos, en muchas ocasiones, quedaban implícitos en el discurso tras la valoración de los factores de control o el análisis del comportamiento, en el caso de Pilar fue necesaria su *amplificación o exageración* para facilitar su discriminación.

Este procedimiento, de igual forma que los anteriores, hizo uso de metáforas y paradojas. Si bien en muchos casos éstas eran las mismas que las utilizadas para otras conductas problema, con alguna modificación que facilitara su adaptación al análisis de las consecuencias. Esto también fue relacionado directamente con los objetivos (valores) que Pilar decía tener en relación al futuro (trabajar, tener amigas, vivir con su novio, etc.).

Resultados

En primer lugar, se ha hallado la confiabilidad de los datos obtenidos mediante registro. De un total de 60 sesiones terapéuticas, se han registrado 6 por un observador independiente, mediante el análisis de las videgrabaciones número 2, 3, 30, 31, 59 y 60 efectuadas en el transcurso del tratamiento. El índice de concordancia interjueces se ha calculado dividiendo el número de acuerdos entre el número total de acuerdos y desacuerdos. Para las diferentes áreas evaluadas el índice de confiabilidad fue el siguiente:

Área 1: Uso excesivo e inapropiado de comentarios (0, 84); excesivo cambio de tema (0, 92); evitación ocular y no expresión gestual (0, 84).

Área 2: Conductas suspicaces y/o ideación paranoide (0.81).

Área 3: Conducta perceptiva inadecuada (1).

Área 4: Conductas verbales de autodesvalorización (1).

Área 5: Conductas problema de los familiares con relación al sujeto: sobreimplicación (0, 84), castigo físico (1); peticiones contradictorias (0, 83).

En cuanto a la efectividad de la intervención, los resultados muestran una disminución importante en conductas 'suspicas', de 'relación interpersonal inadecuadas' y 'conductas problema de la familia'. Así, en las conductas suspicaces se aprecia un decremento a partir de la sesión 12 y de la sesión 34. Por su parte, en la sesión 50 se da un ligero rebrote, que disminuye en las sesiones subsiguientes (Figura 1).

En el caso de *percepciones* inadecuadas, tras ser evaluada su frecuencia de aparición semanal por medio de la entrevista, disminuyen su frecuencia. Se manifiestan varios episodios al inicio, entre las sesiones 22 y 34 y varios episodios aislados a partir de la sesión número 48 (en concreto, seis veces). En la Figura 1 se presenta la presencia o no de este tipo de conductas junto con la evolución de las *conductas suspicaces*. Se observa el incremento de las primeras en los momentos de crisis finales en los que, por otra parte, sólo se observa un ligero aumento de las conductas suspicaces.

Por lo que se refiere a las verbalizaciones de autodesvalorización de la cliente se observa que éstas empiezan a aumentar su frecuencia de la sesión 35 a la 41, tras un importante suceso de estrés (la ruptura con el novio en la sesión 35 y problemas con las amistades en la sesión 50). Se presenta la figura junto con la evolución de conductas problema suspicaces ya que se observa que, cuando disminuyen las conductas suspicaces en momentos importantes, se da el mencionado incremento de las verbalizaciones de autodesvalorización (Figura 1).

En el caso de las «*conductas verbales inadecuadas de relación interpersonal*» aparece una disminución importante en el *uso excesivo e inapropiado de comentarios y monosílabos fuera del contexto de la conversación* y también en el *excesivo número de cambios de tema y respuestas inadecuadas* en relación con lo hablado. Fueron evaluadas su frecuencia mediante el registro observacional de las grabaciones de vídeo de diferentes sesiones de tratamiento al principio, intermedio y final de la intervención. Por su parte, se observa un incremento sustancial en el contacto ocular y expresiones faciales acordes con el contenido de la conversación (Figura 2).

En las *conductas problema de la familia*, tras ser evaluadas mediante el registro observacional, se observa un decremento en las *peticiones contradictorias* (aunque hay un incremento, que luego disminuye, a partir del noveno mes. Sin embargo, en la *sobreimplicación familiar* no se observan cambios importantes (Figura 3).

En cuanto a los resultados obtenidos tras la aplicación de las diferentes pruebas estandarizadas (tras 16 meses de intervención), se aprecian importantes reducciones en diferentes escalas de personalidad del MCMI-II. En concreto, las escalas esquizoide, esquizotípica y límite. También se han observado cambios importantes

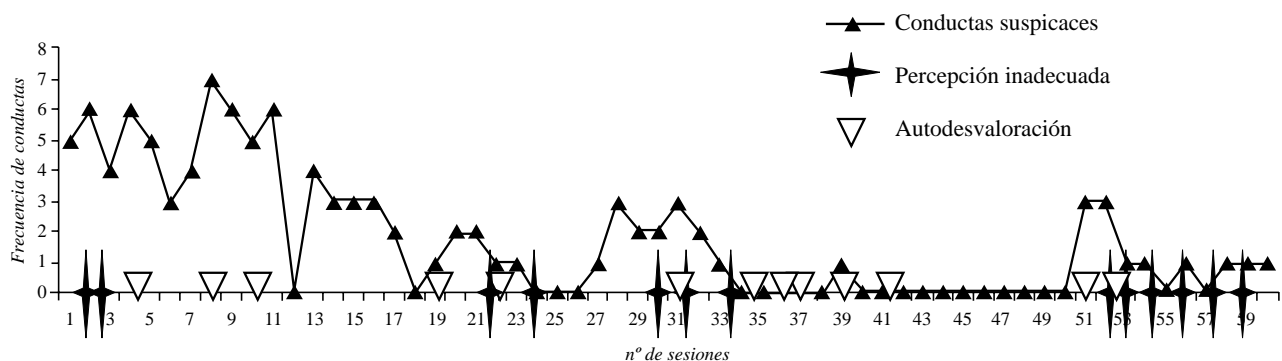


Figura 1. Evolución de las conductas suspicaces, conducta verbal relacionada con percepción inadecuada y manifestaciones de autodesvalorización

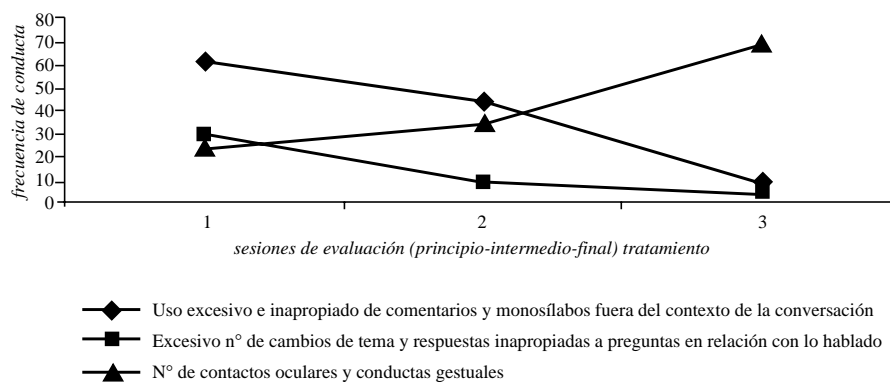


Figura 2. Evolución de conductas verbales inadecuadas de relación interpersonal

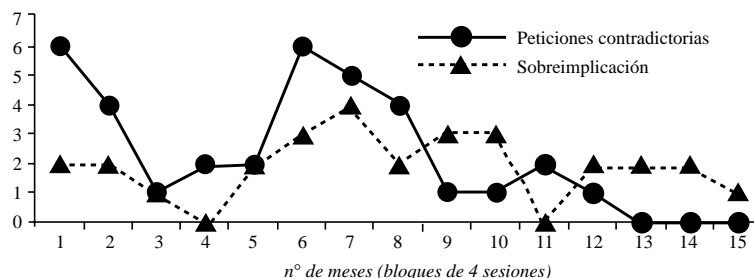


Figura 3. Evolución de conductas problema de familia

Escalas clínicamente significativas	Inicio tratamiento	Final tratamiento
Esquizoide	108	75*
Fóbica	108	96
Dependiente	92	87
Autodestructiva	94	86
Esquizotípica	110	68*
Límite	91	61*
Ansiedad	86	36*
Neurosis depresiva	91	34*
Pensamiento psicótico	85	67*
Depresión mayor	105	56*

en las escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada (*ansiedad, neurosis depresiva*) y gravedad severa (*pensamiento psicótico y depresión mayor*) (Tabla 1).

Por su parte, tras la valoración del caso con el I.P.D.E (Loranger et al., 1987) se observan reducciones de comportamiento *patológico* a comportamiento *ausente* (según los criterios de este instrumento), en los ítems 26 y 48, y de comportamiento *patológico* a comportamiento *excesivo* en los ítems 23, 98 y 93. Finalmente, en el ítem 97 aparece una reducción de comportamiento *excesivo* a comportamiento *ausente* (Tabla 2).

Discusión

La intervención centrada en las conductas problema de Pilar incluyó el uso combinado de un conjunto de procedimientos derivados del análisis aplicado del comportamiento (manejo de contin-

Criterios I.P.D.E.	Inicio tratamiento	Final tratamiento
23. Carencia de amigos íntimos o personas de confianza aparte de los familiares de primer grado	Patológico (2)	Excesivo (1)
26. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad	Patológico (2)	Ausente (0)
48. Ideas de referencia, impresión de que estén hablando de ella negativamente	Patológico (2)	Ausente (0)
66. Creencias raras o pensamiento mágico	Excesivo (1)	Excesivo (1)
67. Experiencias perceptivas inhabituales, concretamente de una persona muerta	Excesivo (1)	Excesivo (1)
93. Pensamiento y lenguajes raros	Patológico (2)	Excesivo (1)
95. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar	Excesivo (1)	Excesivo (1)
97. Afectividad inapropiada o restringida	Excesivo (1)	Ausente (0)
98. Suspiciousidad o ideación paranoide	Patológico (2)	Excesivo (1)

gencias, moldeamiento, extinción, reforzamiento diferencial y modelado) junto con principios relacionados con la PAF (Análisis de las Conductas Clínicamente Relevantes) y ACT. En este caso nos pareció pertinente una diferenciación entre el análisis de los *síntomas* (*discriminación de las conductas problema*), análisis de factores de control (*establecimiento de relaciones funcionales en 'sí mismos' y en 'otros'*) y análisis de consecuencias.

Dadas las dificultades de este trastorno, ha sido necesaria la actuación simultánea, con diferentes procedimientos, en cada una de las diferentes conductas problema. No obstante, en muchos casos ha sido necesario seleccionar entre las diferentes conductas problema aparecidas, concretamente entre aquellas que supuestamente mayores repercusiones negativas pudieran acarrear y que, además, pudieran ser tratadas de un modo más inmediato. Así, por ejemplo, las conductas suspicaces fueron una de las primeras en intervenir, ya que resultaba clínicamente muy perturbador y se podía centrar bien el objetivo de la intervención en este tipo de problema. Sin embargo, para otras, como fue el caso de la afectividad inapropiada, no se introdujeron objetivos específicos, ni se limitó el tiempo en la consecución de un cambio en este comportamiento.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta también, a la hora de interpretar los resultados obtenidos, la posible relación funcional entre la intervención terapéutica en los diferentes objetivos, así como los posibles cambios acontecidos de forma simultánea en las diferentes áreas de la vida del sujeto (trabajo, relaciones interpersonales, amistades, ocio, familia, etc.), que pudieron haber influido en los resultados finales observados. En este sentido, el alcance de muchas instrucciones, paradojas, metáforas, etc., es difícil de calibrar y muchos cambios pudieron venir apoyados o ralentizados por otros aspectos relacionados del caso. Por ejemplo, en los resultados obtenidos en las conductas suspicaces, se observa al final de la intervención un ligero rebrote (a partir de la sesión 51, Figura 1) que se puede relacionar con una serie de acontecimientos estresantes en la vida de la cliente, como fueron una operación de su madre o diversas dificultades con algunas amigas. Otros aspectos que pudieron haber beneficiado en la consecución de los logros propuestos pudieron ser, por ejemplo, el haberse incorporado a un puesto laboral a partir de la sesión séptima.

Por su parte la intervención familiar ha sido llevada a cabo bajo los mismos principios que la intervención individual. Se procedió al «reencuadre» de la concepción que la familia tiene del problema, promoviendo así respuestas diferentes a las acostumbradas. Para ello fue necesario hacer uso de paradojas, como fue 'prescribir el síntoma', al proponerlo como el camino para la resolución del problema. Por lo demás, cabe indicar que el uso de metáforas y paradojas es un instrumento muy socorrido en ACT, que puede tener gran utilidad también en la aplicación de la terapia familiar.

Sobre este particular, cabe plantearse la relación que pueda existir entre la dinámica familiar y las distintas alteraciones presentes en el trastorno esquizotípico de la personalidad. Cabe recordar que, por ejemplo, en la esquizofrenia la terapia familiar es un ingrediente fundamental en la intervención y parece bastante asentada la idea de que una «alta emoción expresada» (caracterizada por una sobreimplicación emocional y críticas constantes) tiene una relación importante con las recaídas en estos clientes. En el caso del trastorno esquizotípico de la personalidad también parecen importantes estos aspectos. De hecho, resultó relevante observar cómo precisamente aumentaban las conductas problema del cliente en *el área de inadecuados repertorios verbales de relación*

interpersonal justo en el momento que se iniciaba la terapia familiar conjunta (en la séptima sesión).

Por otro lado, la familia es el primer ambiente social en el que se va a desenvolver la persona y es el ámbito donde ya empieza a constituirse una concepción del yo. Asimismo, es precisamente en este ambiente donde también se dan muchas de las discrepancias características de la adolescencia, al tratar de redefinir las relaciones o *roles* sociales (Haley, 1995).

En este estudio resultó efectiva la disminución de peticiones contradictorias en el ámbito familiar, pero no la sobreimplicación familiar (Figura 3). Esto probablemente refleje que sea más fácil, mediante instrucciones, metáforas, modelado o a través de la discriminación del propio comportamiento, cambiar estos aspectos disfuncionales (sobre todo si se dan adecuadas pautas alternativas o incompatibles en el modo de comportarse), en comparación con la sobreimplicación que, aunque se repare en el efecto de este comportamiento, no supone automáticamente un cambio.

Por lo demás, el comportamiento familiar puede estar favoreciendo determinadas conductas, relacionadas con el comportamiento perturbador del sujeto. Así, por ejemplo, como apuntan Bentall y Kaney (1996), cabe plantearse la relación entre las conductas suspicaces con las circunstancias sociales de «indefensión», donde sistemas familiares caracterizados por un control de naturaleza aversiva, reglas inflexibles o creencia irracionales llevarían al desarrollo de las mencionadas conductas.

Ahora bien, también cabría diferenciar entre posibles repercusiones de las conductas inadecuadas de los padres en el origen de las conductas problema del cliente y el mantenimiento actual de las mismas. Es decir, comportamientos problemáticos por parte de la familia, como sería el caso de la sobreimplicación y/o peticiones contradictorias, pueden estar contribuyendo a mantener el comportamiento problemático, en la medida que imposibilitan el desarrollo de repertorios más adaptativos o incluso el desarrollo de repertorios de conductas incompatibles. En este caso, no podemos dejar de apuntar tampoco la gran similitud observada entre los comportamientos disfuncionales manifestados por Pilar fuera del contexto de casa con su novio (conductas de control, falta de empatía), con aquellos otros comportamientos de «sobreimplicación» y también carentes de «empatía» manifestados por parte de los padres hacia la hija. Esto señala una importante similitud entre el comportamiento suspicaz, manifestado como una forma inadecuada de relación con el mundo externo, y el comportamiento también inadecuado de los padres hacia su hija. Lo cual supone no solamente un aprendizaje directo de la conducta suspicaz (como una forma de modelado), sino, más bien, un aprendizaje derivado del contenido de las desvalorizaciones y críticas efectuadas por los padres hacia la hija. Este aspecto descalificativo también parece importante en otros trastornos de personalidad, como es el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993).

En este sentido, también se observó una relación entre las *conductas suspicaces* y las verbalizaciones de *autodesvalorización* manifestadas por la cliente. Es en los periodos de mayor intensidad de las conductas suspicaces, o justo después, cuando estas descalificaciones aparecen con más frecuencia (Figura 1).

Por lo que se refiere a la '*conducta verbal problema sobre percepción inadecuada*' es de destacar que aparecieron fundamentalmente, a excepción de algunos episodios aislados previos, en la última parte de la intervención (Figura 1). Esto pudo venir motivado por diversas circunstancias adversas en este momento, pero tam-

bién se puede suponer que este tipo de conductas tenga cierta relación con las conductas suspicaces y es precisamente cuando éstas disminuyen (tras un episodio de «crisis») cuando se acentuaban éstos otros comportamientos, quizá funcionalmente equivalentes. Esto nos lleva a plantearnos que el caso no está del todo «cerrado» (la cliente continúa en sesión) y ahora sería más el momento de centrarnos en otros aspectos, no tratados aún directamente, como pueden ser las dificultades en la expresión emocional, el relativo aisla-

miento social o las reacciones emocionales condicionadas a las relaciones sociales que aún manifiesta la cliente.

Esta situación, de hecho, puede ser pareja a lo que ocurre con la esquizofrenia, donde las conductas más «espectaculares» (delirios y alucinaciones) suelen ser las primeras en atajarse, pero también son reflejo de otras condiciones más difíciles de tratar (como pueden ser el aislamiento, dificultades en las relaciones interpersonales, control privado inseguro, etc.) (Pérez Álvarez, 2003; Sass, 2003).

Referencias

- Bach, P. y Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalización of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1.129-1.139.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Bentall, R. y Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine, 26*, 1.231-1.237.
- Errasti, J.M. y Quiroga, E. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema, 13*, 393-406.
- García, J.M., Luciano, M.C., Hernández, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema, 16*, 117-124.
- Haley, J. (1995). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Hayes, S.C., Stroschal, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*, New York: The Guilford Press.
- Jiménez, M.D., Muela, J.A., García, A. y Garrancho, M.D. (2004). Esquizotipia psicométrica y alteraciones atencionales. *Psicothema, 16*, 22-26.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Loranger, A., Susman, M., Oldham, A. y Ruskoff, J. (1987). *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (traducción al español por López Ibor, J.J. y cols.).
- Millon, T. (1998). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Madrid: TEA.
- Millon, T. y Davis, R.D. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona. Masson (orig. 2000).
- Pankey, J. y Hayes, S.C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 311-328.
- Pérez Álvarez, M. (2003). The schizoid personality of our time. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 195-208.
- Sass, L. (2003). «Negative symptoms», schizophrenia and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 153-180.
- Siever, L.J., Bernstein, D.P. y Silverman, J.M. (1995). Schizotypal personality disorder. En W.J. Livesley (ed.): *The DSM-IV personality disorders* (pp. 71-90). Nueva York: Guilford Press.
- Soler, P.A., y Gascón, J. (1999). Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. En Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales: *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (pp. 187-208). Barcelona: Masson.
- Wilson, K. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.