



TERAPIA DE ESQUEMAS EN ENTORNOS FORENSES

David P. Bernstein, Maartje Clercx, Marije Keulen-De Vos

Universidad de Maastricht, Países Bajos

Centro Psiquiátrico Forense de Rooyse Wissel, Países Bajos

La terapia de esquemas (TE) es una terapia integradora para individuos con trastornos de la personalidad (TP) que combina enfoques cognitivos, conductuales, psicodinámicos de relaciones objetales y humanistas/experienciales. Es uno de los pocos tratamientos basados en la evidencia para los TP límite (Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) y para los TP del Grupo C (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Gude, Monsen, & Hoffart, 2001). Dada la escasez de tratamientos basados en la evidencia para pacientes forenses con TP, Bernstein y sus colegas (Bernstein, Arntz y Vos, 2007) adaptaron la TE para poblaciones forenses, especialmente aquellas con TP antisocial, narcisista, límite o paranoide, que son los TP más asociados con el riesgo de reincidencia en contextos forenses. La adaptación forense de la TE se centra en modificar los patrones repetitivos y autodestructivos (esquemas maladaptativos tempranos) y los estados emocionales (modos de esquemas) que prevalecen en esta población -como los estados que implican ira, impulsividad, agresión, superioridad, engaño y manipulación- y en fomentar estados sanos que contengan autorreflexión, autorregulación y formación de conexiones emocionales con otras personas. Este modelo también se extiende al tratamiento de pacientes psicopáticos, que tradicionalmente se han considerado difíciles, si no imposibles, de tratar (D'Silva, Duggan y McCarthy, 2004). En 2007, Bernstein y sus colegas iniciaron un ensayo controlado aleatorio (ECA) multicéntrico de 3 años de duración para probar la eficacia de la TE en comparación con el tratamiento habitual (TAU) para pacientes forenses con TP en siete hospitales [clínicas TBS (Ter Beschikking Stellig, tratamiento en nombre del Estado)] en los Países Bajos (Bernstein et al., 2012). El estudio, que se completó recientemente, proporciona un fuerte apoyo a la eficacia de la TE con pacientes forenses con TP (véase Apoyo empírico, más adelante). Sobre la base de estos hallazgos, la *Erkenningscommissie* ("Comisión de Reconocimiento") de los Países

Bajos ha reconocido oficialmente la TE como el primer tratamiento basado en la evidencia para pacientes forenses con TP (Erkenningscomissie Gedragsinterventies Justitie, 2015). En este capítulo, describimos la teoría y la práctica de la TE en entornos forenses, basándonos principalmente en el trabajo realizado con pacientes forenses de salud mental. Sin embargo, el enfoque también parece ser prometedor como tratamiento para poblaciones correccionales más generales, incluidos los presos y las personas que deben asistir a programas para tratar su conducta delictiva.

Los estudios clínicos y los metaanálisis indican que los TP son muy frecuentes en los centros penitenciarios. Los TP son aproximadamente tres veces más frecuentes entre los delincuentes varones que en la población general (Rotter, Way, Steinbacher, Sawyer y Smith, 2002), y la prevalencia puede llegar al 65 % de todos los reclusos (Fazel y Danesh, 2002). En las mujeres, la prevalencia es ligeramente inferior, ya que el 43 % de la población penitenciaria femenina cumple los criterios de al menos un TP (Tye y Mullen, 2006), pero sigue siendo muy superior a la de la población general. Los diagnósticos de TP son muy relevantes para el comportamiento delictivo. Los delincuentes con un diagnóstico de TP cometen delitos más violentos y graves (Blackburn, Logan, Donelly y Renwick, 2003) y presentan tasas de reincidencia más elevadas que los delincuentes sin TP (Hart, Webster y Menzies, 1993).

Aunque el tratamiento se utiliza cada vez más para abordar la agresión y la reincidencia en las poblaciones de delincuentes, la mayoría se basan en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y sólo tienen efectos modestos (Ross, Quayle, Newman, & Tansey, 2013; Wong, Gordon, Gu, Lewis, & Olver, 2012). La TCC tiende a centrarse en el control de la conducta agresiva (Timmerman & Emmelkamp, 2005), pero normalmente no aborda los síntomas y características asociados a los TP. Además, los delincuentes con TP graves, especialmente los psicópatas criminales, suelen considerarse difíciles, si no imposibles, de tratar (Harris, Rice, & Cormier, 1991), a pesar de la falta de ECA metodológicamente sólidos para probar esta hipótesis (D'Silva et al., 2004).

Teoría de la terapia de esquemas

La base teórica de la TE proviene de tradiciones cognitivas, conductuales, psicodinámicas y experienciales (Young, Klosko y Weishaar, 2003). Originalmente, la TE constaba de dos conceptos: esquemas maladaptativos tempranos y respuestas de afrontamiento. Los esquemas maladaptativos tempranos se refieren a temas o patrones disfuncionales relativos al yo y a las relaciones con los demás, que tienen su origen en experiencias infantiles adversas y en el propio temperamento innato del niño. Los esquemas maladaptativos tempranos están vinculados a

necesidades emocionales básicas insatisfechas o frustradas que están presentes en todos los niños: necesidad de apego, autonomía, expresión de emociones, espontaneidad y juego, y establecimiento de límites. Lo que es importante tener en cuenta, tanto a efectos de evaluación como de tratamiento, es que los esquemas maladaptativos tempranos se repiten a lo largo de la vida de la persona: son contraproducentes y se autoperpetúan. Las respuestas de afrontamiento maladaptativo reflejan tres formas en las que las personas se comportan cuando se activan los esquemas maladaptativos tempranos. En primer lugar, pueden ceder ante el esquema (rendición); en segundo lugar, pueden evitar las situaciones que activan los esquemas (evitación); y en tercer lugar, pueden hacer lo contrario que el esquema (sobrecompensación; Young et al., 2003).

El concepto de modos de esquema se introdujo más tarde porque el modelo estándar que enfatizaba los esquemas y la respuesta de afrontamiento tenía una eficacia limitada en el tratamiento de pacientes que presentaban TP graves como el TP límite, narcisista y antisocial. Los modos de esquema representan estados fluctuantes que dominan las emociones, las cogniciones y el comportamiento de una persona. El modo de esquema viene determinado por el esquema maladaptativo temprano que se activa, la respuesta emocional que se suscita y la respuesta de afrontamiento como reacción a la emoción. Típicamente, pueden distinguirse cuatro dominios de modos de esquema: (a) modos del niño, que se refieren a respuestas emocionales que son casi universales en los niños, como el miedo, la tristeza, la vergüenza, la ira y la impulsividad; (b) modos parentales disfuncionales, que se refieren a exigencias parentales duras interiorizadas o críticas punitivas; (c) modos de afrontamiento maladaptativos, que se refieren a intentos extremos de enfrentar la activación de esquemas, ya sea a través de la rendición, la evitación o la sobrecompensación; y (d) modos sanos, que reflejan una autorreflexión sana y sentimientos de alegría y placer. Young et al. (2003) plantearon la hipótesis de que los pacientes con ciertos TP se caracterizan por patrones específicos de modos de esquemas. El TP límite, por ejemplo, consta típicamente de cinco modos: El modo de *Niño Abusado y Abandonado*, que abarca sentimientos como el miedo, la impotencia y el anhelo desesperado, que suelen observarse en individuos que han sufrido abusos o abandono; el modo de *Niño Impulsivo*, en el que alguien actúa según sus deseos e impulsos de forma descontrolada y sin tener en cuenta las posibles consecuencias; el modo de *Niño Enfadado*, que implica una ira excesiva y fuera de lugar; el modo del *Padre Punitivo*, que implica una autocrítica dura y rechazo; y el modo de *Protector Separado*, que implica sentimientos de entumecimiento emocional y desapego.

Teoría forense

Ciertos estados emocionales, como los relacionados con el engaño, la crueldad y la agresión, son muy frecuentes en los infractores, pero rara vez se observan en los pacientes psiquiátricos en general. Por lo tanto, Bernstein y sus colegas (Bernstein et al., 2007; Keulen-De Vos, Bernstein, & Arntz, 2014) ampliaron el modelo del modo de esquema para abarcar los estados emocionales que se observan con frecuencia en pacientes forenses. En concreto, observaron que estos pacientes utilizaban a menudo cinco modos que implican una sobrecompensación como respuesta de afrontamiento. El modo *Autoengrandecedor* implica dominación, arrogancia y superioridad. El modo *Engañador y Manipulador* implica engaño, mentira y manipulación. El modo *Sobrecontrolador Paranoico* implica hipervigilancia ante las amenazas. El modo *Intimidación y Ataque* implica el uso de amenazas, intimidación o agresión. El modo *Depredador* consiste en una agresión fría e instrumental para eliminar un obstáculo, amenaza o rival real o percibido. Investigaciones recientes apoyan la idea de que diferentes patrones de modos están asociados con diferentes TP (Bamelis, Renner, Heidkamp y Arntz, 2011), que los modos son desencadenados por estímulos externos y tienen correlatos cognitivos y fisiológicos (Lobbestael y Arntz, 2010), y que desempeñan un papel en el comportamiento delictivo y violento (véase Apoyo empírico). La Tabla 41.1 ofrece una visión general de todos los modos de esquemas y sus dominios correspondientes.

Tabla 41.1 Modos de esquema y dominios correspondientes

Modos del niño	
<i>Niño vulnerable (Niño humillado, abandonado y abusado)</i>	Se siente vulnerable y abrumado por sentimientos dolorosos de miedo, depresión, tristeza o vergüenza/humillación.
<i>Niño impulsivo/indisciplinado</i>	Actúa como un niño mimado que “consigue lo que quiere, cuando quiere”, y no puede aceptar la frustración por los límites.
<i>Niño enfadado</i>	Siente y expresa una ira incontrolable como reacción a un abuso real o percibido, al abandono, a la humillación o a la frustración; a menudo se siente tratado injustamente; reacciona como un niño que tiene una rabieta.
<i>Niño solitario</i>	Se siente solo y vacío porque nadie le comprende, le consuela o le tiende la mano.
Modos de afrontamiento de evitación y rendición	
<i>Protector separado</i>	Utiliza el distanciamiento emocional para protegerse de los sentimientos dolorosos; no es consciente de sus sentimientos y no siente “nada”,

	parece emocionalmente distante, apagado o robótico; evita la cercanía con los demás.
Autocalmante separado/ Autoestimulador separado	Utiliza de forma reiterada comportamientos “adictivos” o compulsivos o conductas autoestimulantes para calmarse o tranquilizarse; recurre a sensaciones placenteras o excitantes para distanciarse de sentimientos dolorosos.
Protector quejumbroso	Se queja, gimotea y plantea exigencias de forma victimista e insatisfecha; expresa su insatisfacción de forma poco simpática, ocultando sus verdaderos sentimientos y necesidades.
Protector enfadado	Utiliza un “muro de ira” para protegerse de los demás, a los que percibe como una amenaza; mantiene a los demás a una distancia segura expresando grandes cantidades de ira; la ira está más controlada en comparación con el modo del Niño Enfadado.
Rendición complaciente	Cede fácilmente a las necesidades y demandas reales o supuestas de los demás, quienes son percibidos como más poderosos, en un intento temeroso de evitar el dolor y la tristeza.
Modos parentales	
Padre punitivo	Internaliza las voces castigadoras, críticas o duras de sus padres; dirige fuertes críticas hacia sí mismo; crea sentimientos de culpa o vergüenza.
Padre exigente	Establece estándares imposiblemente altos y nunca está satisfecho; se presiona a sí mismo para hacer y lograr más y más.
Modos de afrontamiento sobrecompensatorios	
Auto-engrandecedor	Se siente superior, especial o poderoso; mira a los demás por encima del hombro; ve el mundo en términos de ganadores y perdedores y trata constantemente de presumir. Esto se expresa en comportamientos magnificadores que confirman su propia importancia; se preocupa más por las apariencias que por los sentimientos o las conexiones reales con los demás.
Engañador y manipulador	Engaña, miente o manipula para lograr un objetivo específico, que implica victimizar a otros o evitar el castigo.
Sobrecontrolador (obsesivo-compulsivo o paranoide)	Trata de protegerse contra amenazas reales o percibidas controlando obsesivamente la atención, los comportamientos y los pensamientos. El subtipo Obsesivo-Compulsivo utiliza el orden, la repetición o los rituales. El subtipo Paranoide intenta descubrir amenazas ocultas (percibidas).

<i>Intimidación y ataque</i>	Utiliza la amenaza, la intimidación, la agresión y la fuerza para conseguir lo que quiere, lo que incluye vengarse de los demás y mantener la dominación; experimenta un placer sádico al atacar a los demás.
<i>Depredador</i>	Elimina amenazas, rivales, obstáculos o enemigos de forma fría, despiadada y calculadora.
Modos sanos	
<i>Adulto sano</i>	Piensa en sí mismo de forma equilibrada y realista. Es consciente de sus propias necesidades y sentimientos; evalúa las situaciones de forma realista y piensa en cómo satisfacer sus necesidades de forma productiva, adecuada y bien adaptada.
<i>Niño feliz</i>	Actúa de forma juguetona, libre y espontánea; disfruta divirtiéndose y sinceramente de la gente y de las actividades; es abierto a la hora de expresar sus sentimientos alegres.

En el modelo de TE forense, el comportamiento delictivo y violento se entiende en términos de una secuencia desplegada de modos de esquemas (Bernstein et al., 2007; Keulen-De Vos et al., 2014). Los acontecimientos que conducen al delito suelen iniciarse con modos del niño, por ejemplo, situaciones en las que alguien se siente abandonado, humillado, solo o enfadado, o actúa según sus impulsos. Estos modos del niño conducen a una secuencia escalada de modos, que suelen culminar en modos sobrecompensatorios, que ocurren durante la comisión de la conducta antisocial. Por ejemplo, la pareja de un paciente se niega a mantener relaciones sexuales con él, lo que hace que el paciente se sienta inferior (modo del Niño Humillado), frustrado (modo del Niño Impulsivo) y enfadado (modo del Niño Enfadado). Para enfrentar estos sentimientos, el paciente sobrecompensa, cambiando a un modo Autoengrandecedor en el que dominan los sentimientos de excitación sexual y poder. El paciente recorre las calles en busca de una víctima (modo Depredador). El paciente llama aleatoriamente a las puertas de las casas, hasta que contesta una mujer. El paciente entonces procede a entrar en la casa hablando (modo Engañador y Manipulador) y obliga violentamente a la mujer a tirarse al suelo y amenaza con matarla si no coopera (modo Bully y Ataque).

El modelo forense TE también proporciona un marco para comprender y tratar la conducta delictiva y violenta (figura 41.1). En este modelo (Bernstein y Nentjes, 2015), los modos de esquema maladaptativos se consideran los factores de riesgo internos, o psicológicos, que aumentan la probabilidad de conducta antisocial, mientras que los modos sanos se consideran factores protectores internos que disminuyen su probabilidad.

Los modos de esquema se producen por la activación de esquemas maladaptativos tempranos y respuestas de afrontamiento maladaptativo, que a su vez se desarrollaron en la infancia debido a la influencia de factores de riesgo (por ejemplo, predisposición genética, maltrato infantil, negligencia, abandono, exposición a la violencia familiar o comunitaria) y factores de protección (por ejemplo, predisposición genética, familias y comunidades de apoyo, oportunidades económicas). La probabilidad de comportamiento delictivo y violento en un momento determinado viene determinada por la activación relativa de los modos maladaptativos y sanos. Cuanto mayor sea la activación de los modos maladaptativos, en relación con los modos sanos, mayor será el riesgo de comportamiento antisocial. Los factores de riesgo externos en el entorno actual del paciente, como la exposición a compañeros antisociales, la falta de oportunidades laborales y la discriminación, y los factores protectores externos, como el apoyo social actual, interactúan recíprocamente con los modos de esquema. Pueden influir en los esquemas o ser influidos por ellos. Por ejemplo, la exposición a pares antisociales puede aumentar la fuerza de los modos maladaptativos, mientras que la presencia de modos maladaptativos puede aumentar la probabilidad de que uno busque grupos de pares antisociales. Estos factores externos de riesgo y protección pueden, por tanto, operar sobre la conducta antisocial a través de su influencia sobre los modos del esquema (es decir, factores indirectos o mediadores) o por otros mecanismos.

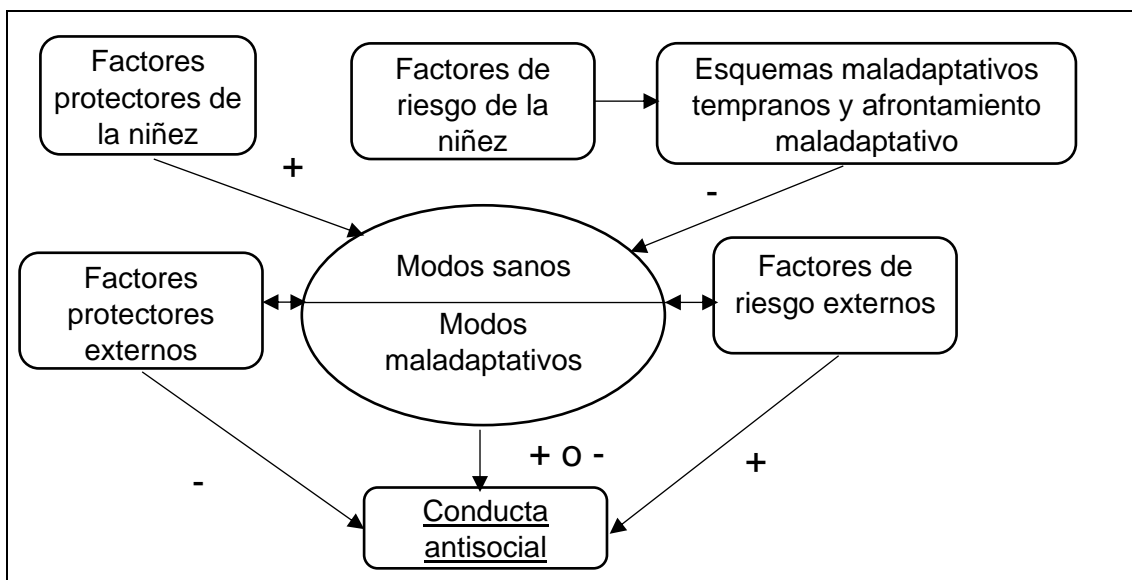


Figura 41.1. Modelo explicativo de TE del comportamiento delictivo y violento. Adaptado de Bernstein y Nentjes (2015). *Nota.* +: aumenta el riesgo de comportamiento antisocial; -: disminuye el riesgo de comportamiento antisocial.

PRÁCTICA DE TE

FASES DEL TRATAMIENTO DE LA TE

La TE consta de dos amplias fases. En la fase de evaluación y conceptualización del caso, el terapeuta utiliza los conceptos de esquemas maladaptativos tempranos, respuestas de afrontamiento y modos de esquemas para comprender el comportamiento maladaptativo del paciente y sus orígenes. Durante esta fase, el terapeuta también proporciona psicoeducación, enseñando al paciente los conceptos de TE y ayudándole a aplicarlos a sí mismo. El terapeuta enseña al paciente el “lenguaje” de la TE, de modo que el paciente pueda discutir situaciones problemáticas que ocurren dentro y fuera de las sesiones de terapia de una manera no crítica y de aceptación. En la fase de cambio de esquemas, el terapeuta emplea una serie de técnicas para reducir la fuerza de los esquemas maladaptativos tempranos, las respuestas de afrontamiento maladaptativo y los modos de esquemas, con el objetivo de romper los patrones conductuales disfuncionales e iniciar formas de afrontamiento más sanas, de modo que el paciente pueda satisfacer sus necesidades emocionales de formas más productivas.

Técnicas de TE

La TE utiliza una serie de técnicas para cambiar los esquemas maladaptativos tempranos, las respuestas de afrontamiento maladaptativo y los modos de esquema. Estas técnicas se resumen en la Tabla 41.2.

Tabla 41.2 Técnicas de terapia de esquemas

Reparentalización limitada: Satisfacer algunas de las necesidades emocionales básicas insatisfechas o frustradas del paciente a través de la relación terapéutica.

Confrontación empática: Confrontar al paciente de forma compasiva sobre sus patrones maladaptativos, observados tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia.

Relación terapéutica “aquí y ahora”: Realizar intervenciones en las interacciones “aquí y ahora” entre el terapeuta y el paciente (por ejemplo, confrontar empáticamente a un paciente sobre su comportamiento hacia el terapeuta).

Técnicas cognitivas: Cuestionamiento de creencias distorsionadas (p. ej., esquemas maladaptativos tempranos) mediante registros de pensamientos, diálogos de esquemas, tarjetas recordatorias de esquema y otros ejercicios.

Técnicas experienciales: Reprocesamiento de los componentes emocionales de los esquemas maladaptativos tempranos y de los modos de esquemas mediante ejercicios como el juego de roles y la imaginación rescriptiva.

Técnicas conductuales: Modificación de conductas maladaptativas mediante la práctica de conductas alternativas más sanas tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia.

Trabajo con el modo de esquema: Combinar cualquiera de las técnicas anteriores con un énfasis en los modos de esquema, por ejemplo, utilizando el “lenguaje” del modo de esquema al llevar a cabo las intervenciones (por ejemplo, “Veo un lado de ti ahora mismo que...”).

En la TE para pacientes que presentan trastornos de la personalidad menos graves, se suelen utilizar técnicas cognitivas en la fase inicial de la terapia para lograr un mayor distanciamiento intelectual de los esquemas maladaptativos tempranos. El paciente es capaz de reconocer que tiene esquemas y que, cuando se desencadenan, distorsionan la percepción de las personas y las situaciones. Sin embargo, esta distancia intelectual no suele ser suficiente, ya que el paciente sigue siendo propenso a sufrir trastornos emocionales cuando se desencadenan los esquemas. La TE recurre entonces a técnicas experienciales centradas en la emoción para reprocesar los componentes emocionales de los esquemas. Por ejemplo, en las técnicas de juego de roles, los pacientes pueden aprender a “responder” a sus esquemas, contrarrestando sus mensajes negativos. La imaginación rescriptiva es una poderosa técnica experiencial en la que los pacientes reprocesan experiencias dolorosas del pasado desencadenadas por situaciones actuales. Se pide al paciente que cierre los ojos y vuelva a imaginar vívidamente una situación problemática actual. A continuación, el terapeuta pide al paciente que suelte la imagen de la situación actual, pero que retenga la emoción asociada a ella, y que recuerde una situación de su infancia en la que sintió lo mismo. El terapeuta “reescibe” la situación de la infancia, alterando los elementos aversivos para satisfacer algunas de las necesidades básicas del niño (por ejemplo, calor, protección, atención). Este tipo de reprocesamiento de los recuerdos dolorosos de la infancia suele reducir la activación esquemática, incluidos los componentes emocionales de los esquemas. Las técnicas cognitivas y centradas en la emoción sientan las bases para la introducción de técnicas conductuales, que se centran en romper los patrones conductuales maladaptativos. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer que el paciente practique conductas nuevas y más sanas mediante ejercicios

de juego de roles durante las sesiones, y darle tareas conductuales para casa entre sesiones (por ejemplo, enfrentarse a situaciones temidas).

Adaptación de la TE para pacientes forenses

Se necesitan una serie de modificaciones importantes de la TE cuando se trabaja con pacientes de TP más graves, como aquellos con TP antisocial, narcisista o límite, que se ven con frecuencia en entornos forenses (Leue, Borchard y Hoyer, 2004; De Ruiter y Trestman, 2007). En primer lugar, en nuestro trabajo con pacientes forenses hacemos hincapié en los modos de esquemas, más que en los esquemas maladaptativos tempranos. Debido a que la mayoría de los pacientes forenses son incapaces o no están dispuestos a exponer su vulnerabilidad emocional, a menudo es difícil, sobre todo al principio de la terapia, discutir los esquemas maladaptativos tempranos con los pacientes. Por otro lado, la mayoría de ellos pueden reconocer sus modos de esquemas, que se observan más fácilmente en el comportamiento manifiesto. Por ejemplo, utilizamos la frase “un lado de ti” o “una parte de ti” para hablar de la tendencia del paciente a ser distante (“el lado de ti que evita los sentimientos”), desconfiado (“el lado de ti que está alerta”) o autoengrandecedor (“el lado de ti que se pone por encima de los demás”). En segundo lugar, hay que invertir mucho tiempo y atención en crear poco a poco un vínculo emocional entre el terapeuta y el paciente. Dado que el tratamiento en los entornos de salud mental forense suele ser ordenado por los tribunales, los pacientes suelen carecer de motivación para el tratamiento. Además, las dificultades interpersonales son comunes en las poblaciones de delincuentes, que presentan niveles más altos de hostilidad, egocentrismo y conductas autodestructivas (Ross, Polaschek y Ward, 2008). Estas dificultades interpersonales, y el hecho de que muchos delincuentes crecieron en entornos inseguros (por ejemplo, Bohle & de Vogel, 2017) que causan apego inseguro (Timmerman & Emmelkamp, 2006; Van IJzendoorn et al., 1997), pueden obstruir la alianza terapéutica o causar rupturas en el vínculo terapéutico (Watson, Thomas, & Daffern, 2015). En los casos menos graves, el paciente acepta la provisión del terapeuta de una reparentalización limitada al pie de la letra. Lo experimenta como si el terapeuta le proporcionara algo que necesita y que se perdió de niño. Por otro lado, los pacientes forenses suelen reaccionar con recelo ante los intentos del terapeuta de crear un vínculo. Mantienen la guardia alta, utilizando una variedad de modos para mantener al terapeuta a distancia: el modo de *Protector Separado* que evita el contacto emocional; un modo de *Autoengrandecedor* que devalúa al terapeuta; un modo de *Intimidación y Ataque* que mantiene al terapeuta a la defensiva; y así sucesivamente. El terapeuta persiste en centrarse en las necesidades emocionales insatisfechas del paciente y utiliza el trabajo de modos de esquemas para enfrentarse empáticamente a los modos que

bloquean el progreso terapéutico. El objetivo de estas intervenciones es cambiar al paciente de los modos maladaptativos a otros más productivos desde el punto de vista terapéutico: el modo de *Adulto Sano*, en el que el paciente puede autorreflexionar e iniciar formas de afrontamiento más sanas, y los modos que implican emociones dolorosas como la vergüenza, el miedo, la soledad o el abandono. La tarea del terapeuta no es fácil: suele pasar un año o más antes de que los pacientes más graves empiecen a bajar la guardia y a compartir su lado emocional con más facilidad. En los entornos forenses ambulatorios, donde los pacientes suelen tener una patología de TP menos grave, y en algunos entornos forenses juveniles, la formación de un vínculo terapéutico puede producirse más rápidamente, y la TE puede aplicarse durante períodos más cortos, con un tratamiento que suele durar de 1 a 2 años.

Aunque a menudo se describe a los pacientes forenses como desmotivados (Howells & Day, 2007; Sainsbury, Krishnan, & Evans, 2004), la investigación apoya la idea de que la motivación para el tratamiento es un proceso dinámico y no estático (Drieschner, Lammers, & Van Der Staak, 2004; Martens, 2000). En TE, vemos la motivación fluctuante del paciente en términos de los modos de esquema que bloquean el progreso terapéutico - por ejemplo, el modo del *Protector Separado* que bloquea los sentimientos; un modo *Autoengrandecedor* que intenta dominar y denigrar al terapeuta; o un modo *Sobrecontrolador Paranoico* que está alerta a los signos de falta de confianza del terapeuta. Siempre habrá una lucha entre la necesidad del paciente de preservar sus modos disfuncionales, que se sienten seguros y familiares, y su lado sano, que ve sus desventajas. De forma similar a la entrevista motivacional (Hettema, Steele y Miller, 2005; Miller y Rollnick, 2012), el terapeuta evita entrar en una lucha con el paciente y, en su lugar, explora las ventajas y desventajas de los modos, ayudando al paciente a sopesarlas por sí mismo. El terapeuta supervisa continuamente la motivación del paciente, que puede fluctuar a lo largo del tratamiento, y utiliza el trabajo de modos siempre que es necesario para mejorarla.

Consideramos que los escenarios delictivos de los pacientes implican una secuencia desplegada de modos de esquemas, a menudo desencadenados por emociones vulnerables, impulsividad o ira; normalmente seguidos por el consumo de sustancias para calmar las emociones dolorosas o reducir las inhibiciones de la conducta delictiva; y que culminan en actos delictivos o violentos que suelen implicar un afrontamiento sobrecompensatorio, sentimientos de poder o agresión para compensar sentimientos de impotencia, frustración o humillación. Ayudamos a los pacientes a comprender estos patrones utilizando una modificación del conocido modelo de análisis conductual antecedentes-

conductas-consecuencias (ABC) (Carr et al., 1994). Las situaciones (antecedentes) desencadenan modos de esquemas, que implican grupos de cogniciones, emociones y respuestas de afrontamiento (es decir, conductas), y que a su vez, conducen a determinadas consecuencias. Por ejemplo, un paciente cuya novia le deja puede experimentar primero sentimientos dolorosos de abandono (modo del *Niño Abandonado*), que le llevan al consumo de drogas o alcohol como un intento de autocalmarse (modo Autocalmante Separado). Estos estados de intoxicación desinhiben los impulsos y la ira (modos del *Niño Impulsivo* y *Niño Enfadado*), lo que lleva a intentos sobrecompensatorios de enfrentar la situación, por ejemplo, acosando, amenazando y atacando a su víctima (modo *Intimidación y Ataque*). En estos estados de sobrecompensación, el paciente ya no se siente indefenso y abandonado; en su lugar, se siente poderoso y en control.

Dado que algunos pacientes forenses están emocionalmente distanciados (Timmerman y Emmelkamp, 2006), activar sus emociones para que puedan ser reprocesadas es de vital importancia. En las circunstancias estructuradas de los entornos forenses, los pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento evitativas, como el desapego de las emociones, a menudo son considerados erróneamente como sanos. Por ejemplo, pueden evitar entrar en conflicto con otros pacientes o con el personal, dedicando su tiempo a actividades aisladas y evitando a las personas y situaciones que puedan desencadenarlas. Sin embargo, aunque estas estrategias tienen algunos aspectos adaptativos, suelen tener una cualidad de “todo o nada”; cuando no pueden evitar algo, estos pacientes a menudo pueden actuar de forma explosiva. En la terapia psicológica forense, el terapeuta emplea técnicas experienciales para evocar y reprocesar los esquemas maladaptativos tempranos del paciente, como el abandono, la privación emocional, la desconfianza, la vergüenza y el aislamiento social, que, cuando se desencadenan, conducen a la delincuencia o la violencia. Al reducir la gravedad de estos esquemas, disminuye el riesgo de delincuencia y violencia en el futuro.

En la fase inicial de la TE forense (primer año, aproximadamente, en pacientes forenses hospitalizados), los objetivos de la terapia son evaluar y conceptualizar los patrones autodestructivos de los pacientes, incluidos los comportamientos delictivos y violentos, en términos de esquemas maladaptativos tempranos y modos de esquemas; educar a los pacientes sobre sus modos de esquemas; aumentar su motivación utilizando el trabajo con los modos de esquemas; y usar la reparentalización limitada para construir lentamente la relación terapéutica. En la fase intermedia (aproximadamente el segundo año), el énfasis se desplaza hacia el uso de técnicas experienciales y el trabajo dentro de la seguridad de la relación

terapéutica para reprocesar los esquemas maladaptativos tempranos y modos de esquema de los pacientes. En esta fase, también se utilizan técnicas cognitivas, como el método ABC (Carr et al., 1994), para ayudar al paciente a reconocer los patrones que conducen al comportamiento delictivo y violento. En la fase final (aproximadamente el tercer año), se hace hincapié en iniciar y mantener los cambios conductuales y comenzar el proceso de reintegración en la comunidad. Se emplean técnicas como juegos de roles y tareas conductuales para practicar formas sanas de afrontamiento. Cuando los pacientes se desencadenan en situaciones nuevas, por ejemplo, en el trabajo o en casa fuera del hospital, estas situaciones se analizan para profundizar en la comprensión del paciente de sus esquemas y modos, y se usan técnicas experienciales para reprocesar aún más sus desencadenantes emocionales. En última instancia, el objetivo de la TE forense es reducir los esquemas maladaptativos tempranos y los modos de esquemas maladaptativos que representan factores de riesgo psicológico para el crimen y la violencia, y construir los modos de esquemas sanos del paciente, que representan factores de protección.

Apoyo empírico

Existe un cuerpo considerable de evidencia que valida el modelo teórico de la TE en poblaciones no forenses, incluyendo los conceptos de esquemas maladaptativos tempranos y modos de esquema (Jovev & Jackson, 2004; Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005; Lobbestael, Van Vreeswijk, & Arntz, 2008; Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005), y que apoya la efectividad de la TE en pacientes (no forenses) con TP límite y TP del Grupo C (Bamelis et al., 2014; Giesen-Bloo et al., 2006; Gude et al., 2001; Nadort et al., 2009). Más recientemente, este trabajo se ha extendido al ámbito forense. Chakhssi y sus colegas (Chakhssi, Bernstein, & Ruiters, 2014) examinaron la asociación de esquemas maladaptativos tempranos con facetas de la psicopatía. Delincuentes con trastornos de personalidad (N = 124) fueron evaluados con la Lista de verificación de psicopatía - Revisada (PCL-R; Hare & Vertommen, 1991) y el Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ; Young, 1998). Los resultados mostraron que las facetas antisocial y de estilo de vida de la PCL-R estaban significativamente relacionadas con esquemas particulares, como desconfianza/abuso y autocontrol insuficiente. Los esquemas maladaptativos tempranos no estaban relacionados con las facetas afectivas e interpersonales de la PCL-R. Un segundo estudio (Chakhssi, Ruiters y Bernstein, 2013) examinó el valor explicativo de los esquemas en 23 agresores sexuales de menores, 19 agresores sexuales contra adultos y 24 agresores violentos no sexuales que fueron evaluados con el PCL-R y el YSQ (Hare y Vertommen, 1991; Young, 1998). Los resultados

mostraron que los esquemas maladaptativos tempranos relacionados con el abandono, el aislamiento social, la subyugación, la vergüenza y el autosacrificio eran más prevalentes en los agresores sexuales infantiles en comparación con los agresores no sexuales. Además, los agresores sexuales que normalmente victimizaban a niños puntuaban más alto en el esquema de aislamiento social, en comparación con los agresores sexuales que normalmente victimizaban a adultos (Chakhssi et al., 2013).

Keulen-De Vos y sus colegas (2016) investigaron la relación entre los modos de esquemas y los patrones delictivos examinando los antecedentes penales de 95 delincuentes con trastornos de la personalidad del Grupo B, incluida la psicopatía. Los resultados mostraron que (a) el comportamiento delictivo solía ir precedido de modos que implicaban vulnerabilidad emocional (modo de niño vulnerable) y soledad (modo de niño solitario), así como estados de intoxicación (modo de autocalmante separado); (b) seguidos de un patrón creciente de ira e impulsividad (modo del niño enfadado e impulsivo), es decir, estos modos estaban presentes en los acontecimientos previos al delito y aumentaban con el tiempo durante el propio delito; y (c) el comportamiento delictivo se caracterizaba por modos sobrecompensatorios, como la agresión instrumental (modo depredador) y la intimidación (modo de intimidación y ataque), y una ausencia de vulnerabilidad emocional. Además, los modos de esquema fueron predictivos de transgresiones institucionales y se asociaron con facetas de psicopatía en la PCL-R (Keulen-De Vos et al., 2016).

Un ECA completado recientemente examinó la eficacia de la TE en siete hospitales forenses de los Países Bajos (Bernstein, 2016). Pacientes varones (N = 103) con TP antisocial, límite, narcisista o paranoide, o TP del Grupo B no especificado (PDNOS; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2000) fueron asignados aleatoriamente a 3 años de TE o TAU. El 54 % de los pacientes tenían niveles significativos de psicopatía (PCL-R \geq 25) y el 22 % eran altamente psicopáticos (PCL-R \geq 30). Casi todos los pacientes fueron condenados a tratamiento forense por delitos violentos (sexuales o no sexuales). Los pacientes fueron evaluados al inicio y repetidamente a intervalos de 6 meses en el transcurso de 3 años, utilizando medidas que no dependían de los autoinformes de los pacientes para la mayoría de las variables. Los resultados mostraron que los pacientes en TE tuvieron resultados significativamente superiores en comparación con los que recibieron TAU en una amplia gama de variables, incluyendo la disminución de los riesgos de reincidencia y la mejora de las fortalezas y factores de protección, la mejora de los síntomas del TP, la reducción de los esquemas maladaptativos tempranos y la facilitación del proceso de reintegración de los pacientes en la comunidad (Bernstein,

2016). Curiosamente, no hubo diferencias entre las condiciones de tratamiento con respecto a los modos de esquemas, que se redujeron significativamente tanto en pacientes en TE como en TAU. Una interpretación de estos hallazgos es que tanto TE como TAU reducen los estados emocionales maladaptativos, y mejoran los estados sanos, en pacientes forenses, pero a través de diferentes mecanismos. Mientras que los pacientes en ambas condiciones aprendieron habilidades de afrontamiento más sanas, lo que resultó en una mejora de los estados emocionales, sólo en los pacientes en TE, este cambio fue acompañado por cambios en las creencias distorsionadas sobre uno mismo y los demás (es decir, esquemas maladaptativos tempranos) que subyacen a estos estados. Un seguimiento de 3 años tras el tratamiento examinará si los pacientes en TE muestran una menor reincidencia que los pacientes en la condición TAU.

Un reciente estudio de caso de 7 años examinó la eficacia de la TE en un paciente psicopático (puntuación total PCL-R = 28,4) que fue condenado a tratamiento obligatorio en un hospital forense debido a un delito sexual. Chakhssi, Kersten, de Ruiter, y Bernstein (2014) informan de la evidencia de una mejora significativa en los rasgos psicopáticos, esquemas maladaptativos tempranos y resultados relacionados con el riesgo (es decir, Behavioral Status [BEST]-Index; Reed, Woods, & Robinson, 2000; y HCR-20 V2; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) después de 4 años de tratamiento. La mejoría se mantuvo a los 3 años de seguimiento (Chakhssi, Kersten, et al., 2014). Lo más impresionante es que la puntuación PCL-R del paciente, que se evaluó de forma independiente y ciega 7 años después del inicio del tratamiento, se redujo de 28,4 a 14, lo que se sitúa en el rango no psicopático. A los 3 años de seguimiento tras el tratamiento, trabajaba, vivía con su novia y su nuevo bebé, y no había reincidido.

En conjunto, estos hallazgos proporcionan un fuerte apoyo al modelo teórico en el que se basa la TE, y también a la eficacia de la TE en poblaciones forenses de pacientes con TP, incluyendo algunos psicopáticos.

Orientaciones futuras

Los últimos avances en el tratamiento terapéutico forense se han centrado en mejorar su eficacia cuando lo aplica un equipo multidisciplinar, como equipos en los que participan psicoterapeutas, terapeutas artísticos, enfermeros psiquiátricos y otros profesionales. Por ejemplo, en un estudio (Van den Broek, Keulen-De Vos, & Bernstein, 2011), se investigó la integración de la TE con terapias artísticas, como el teatro, el movimiento, el arte y la musicoterapia, en un estudio piloto con 10 pacientes forenses

con TP. Los resultados encontraron que los pacientes en la condición TE (N = 6) mostraron significativamente más modos de niño vulnerable en sus sesiones de terapia artística y sesiones de psicoterapia, en comparación con los pacientes que recibieron terapia artística y psicoterapia estándar (TAU; N = 4), basado en calificaciones grabadas en vídeo de 40 sesiones de terapia seleccionadas al azar. Estos resultados sugieren que la TE puede ser más eficaz que el tratamiento habitual para acceder a emociones vulnerables en pacientes forenses con TP, cuando la TE se administra tanto en forma de psicoterapia como de terapia artística.

Otros desarrollos recientes incluyen la formación de enfermeras psiquiátricas, guardias de prisiones y personas de otras disciplinas, que a menudo tienen las interacciones más cotidianas con los delincuentes en entornos forenses, para ofrecer intervenciones similares a la TE para mejorar el clima en la sala de tratamiento. Los resultados preliminares sugieren que el personal forense puede aprender a reconocer los modos de esquemas en los pacientes forenses y utilizar técnicas como la reparentalización limitada, la confrontación empática y el establecimiento de límites para crear un clima terapéutico más cálido y de mayor apoyo emocional, al tiempo que se imponen límites de forma firme pero no punitiva.

Un aspecto importante de la implementación del TE en los pabellones forenses es la reciente introducción de las cartas iModos (Bernstein, 2016), en las que los modos del esquema se representan visualmente en forma de caricaturas, un formato que es más congruente con el estilo de aprendizaje y las capacidades de los pacientes forenses y el personal, que tienden a ser más visuales y menos verbales. Un estudio reciente encontró que los estudiantes universitarios y los individuos que fueron autorreferidos a través de una organización para personas con TP, la Red de Concienciación de Trastornos de la Personalidad (PDAN; Grogan, 2011), podrían identificar con precisión las imágenes iModos en términos de los modos de esquema que representan (Clercx, Bernstein, Feddes, & Richter, 2016).

Por último, la TE también se ha ofrecido a poblaciones adolescentes, como jóvenes con trastornos de conducta externalizantes y TP emergentes. En un estudio piloto reciente, Van Wijk-Herbrink (2016; Van Wijk-Herbrink, Broers, Roelofs, & Bernstein, 2017) y sus colegas encontraron que cuatro adolescentes en tratamiento residencial con conducta externalizante y TP mostraron una mejora significativa en sus esquemas maladaptativos tempranos y modos de esquema después de una media de 7 meses de TE. Actualmente se está llevando a cabo un ECA para probar la eficacia de la TE en esta población de jóvenes en

tratamiento residencial. Estos hallazgos piloto prometen que la TE puede ser aplicada durante un período de desarrollo (la adolescencia) cuando los TP a menudo se cristalizan por primera vez, previniendo el desarrollo de problemas de conducta antisocial más graves.

Conclusión

La terapia de esquemas tiene un potencial considerable para explicar el comportamiento criminal y violento y la patología de TP relacionada, y ha recibido apoyo empírico para su efectividad en un ECA mayor en pacientes varones forenses hospitalizados con TP. Futuros estudios arrojarán más luz sobre este prometedor tratamiento para delincuentes con trastornos de la personalidad.