

## **Aplicación de la terapia de esquemas en el Trastorno de personalidad narcisista: estudio de caso**

Lluvia Monserrat Mendoza Ramírez ,<sup>91</sup>

Karla Patricia Valdés García ,<sup>92</sup>

Diana Isabel López Rodríguez,<sup>93</sup>

### **Resumen**

El trastorno de personalidad narcisista se caracteriza por un conjunto de patrones como: sentido de grandiosidad, falta de empatía, necesidad de admiración. Las personas con este trastorno se creen superiores y esperan que las demás personas los reconozcan de esa manera, creen que generan envidia y muestran actitudes arrogantes. El objetivo de este estudio es medir la eficacia de la disminución de síntomas con la terapia de esquemas en un hombre de 27 años de edad, con un trastorno de personalidad narcisista. Para ello se desarrolló un estudio de caso de un alcance descriptivo en un enfoque cualitativo. La información se recabó a través de una entrevista semiestructurada, y la aplicación de una batería de pruebas que consta de: entrevista semiestructurada, Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, inventario de depresión de Beck, SCL-90-R, Test de creencias de Ellis e International personality disorder examination. Se encontraron en el participante rasgos característicos como: perfeccionismo clínico, pensamientos rumiativos sobre tener un estatus alto en la sociedad, carece de tener habilidades empáticas, autoestima frágil, monopolizar conversaciones entre otros. El modelo utilizado en este estudio de caso, es la Terapia de esquemas. Aun que es un modelo terapéutico reciente, ha tenido resultados significativos ya que ha logrado reducir los esquemas tempranos desadaptativos y mejorar los síntomas en los trastornos de personalidad. El tratamiento se planteó el tratamiento enfocando en las técnicas para el manejo de ansiedad, regulación emocional, habilidades sociales y entrenamiento en empatía. De acuerdo con los resultados esperados el paciente se encuentra a mitad del

---

<sup>91</sup> Universidad Autónoma de Coahuila, [lluvia-mendoza@uadec.edu.mx](mailto:lluvia-mendoza@uadec.edu.mx)

<sup>92</sup> Universidad Autónoma de Coahuila, [karlavaldes@uadec.edu.mx](mailto:karlavaldes@uadec.edu.mx)

<sup>93</sup> Universidad Autónoma de Coahuila, [diana-lopez@uadec.edu.mx](mailto:diana-lopez@uadec.edu.mx)

tratamiento y el pronóstico es favorable. La Terapia Cognitivo Conductual puede ser una terapia adecuada para este tipo de trastornos.

**Palabras clave:** *narcisista, personalidad, conducta, distorsiones, esquemas.*

## Introducción

El trastorno de la personalidad narcisista se define como un “patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), una necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida” (American Psychological Association [APA], 2013).

Las características típicas del trastorno de personalidad narcisista son las autoatribuciones exageradas, fantasías de éxito ilimitado, comparaciones con gente famosa, se creen seres superiores, solo pueden relacionarse con personas de un estatus alto, exigen y necesitan una admiración excesiva, su autoestima suele ser muy baja, preocupación por la evaluación de las demás personas, falta de empatía, asumen que los demás deben de estar totalmente preocupados por su bienestar, son despectivos e impacientes, suelen ser envidiosos o creer que los demás los envidian y muestran comportamientos arrogantes ” (American Psychological Association [APA], 2013).

La terapia cognitivo conductual propuso distintas pautas para la intervención en este trastorno, ya que se pueden utilizar técnicas conductuales y cognitivas. Se recomienda empezar por las técnicas conductuales ya que no requiere autorrevelación en los procesos cognitivos. Esta terapia se enfoca en aumentar la responsabilidad conductual, reducir las distorsiones cognitivas, formular nuevas actitudes, aumentar el comportamiento mutuo, desarrollar empatía, colaborar con los demás y asumir parte del trabajo, mayor autocontrol de hábitos y del estado de ánimo y más autovaloraciones discriminativas (Caballo, 2001).

Otras investigaciones encontraron subdivisiones del narcisismo como el narcisismo grandioso y el narcisismo vulnerable. Las personas con el narcisismo grandioso son más perfeccionistas, no presentan sentimientos de imperfección. Los narcisistas vulnerables si llegan a preocuparse por una idea de perfección, pero en ellos se presentan la característica de que ellos creen que no están a la altura y pueden recibir las críticas y juicios de los demás. A diferencia de los narcisistas grandiosos, suelen tener una aceptación de las críticas de los demás (Smith et al., 2016).

Uno de los principales problemas del narcisismo es que, es uno de los trastornos con mayor dificultad de tratamiento. Por esta razón se propusieron distintos modelos de tratamiento (Smith et al., 2016).

La Terapia de esquemas tiene como objetivo modificar los esquemas tempranos desadaptativos que surgen en los pacientes. Estos son “patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida” (Freeman, 1990, p.23). Se busca que estos esquemas se reduzcan y mejore la sintomatología que provoca el trastorno (Smith et al., 2016).

## **Método**

### *Consideraciones éticas*

El participante fue informado sobre el objetivo y propósito del estudio, informado para una garantía de protección de datos sensibles y luego se solicitó consentimiento para la grabación de audio de la entrevista y su protección de acuerdo con las consideraciones éticas de confidencialidad.

De acuerdo con las consideraciones relacionadas con el código de ética del psicólogo para estudios clínicos y de investigación, se verificó que el participante cumplió con los criterios de inclusión y recibió seguimiento posterior a la entrevista para prevenir daños a la salud emocional y psicológica.

### *Diseño*

Se desarrolló un estudio de caso. La información se recabó a través de una entrevista semiestructurada, y la aplicación de una batería de pruebas que consta de: entrevista semiestructurada, Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, inventario de depresión de Beck, symptom checklist-90-R, test de creencias de Ellis y el international personality disorder examination.

### *Identificación del paciente*

El participante es un hombre de 27 años, con estudios a nivel licenciatura y con un nivel socioeconómico medio-alto. Es soltero. Sus padres aún viven, pero, están divorciados. Es el segundo hijo de tres hermanos. El participante no mantiene una relación cercana con sus familiares. Actualmente vive con dos personas con quienes comparte un apartamento. Y se encuentra ejerciendo su profesión en el área de la salud.

### *Motivo de consulta*

El participante refiere no tener un motivo de consulta específico, pero que un familiar le recomendó, acudir a terapia. El participante comenta que una de las situaciones que le

puede generar malestar es el hecho de que él genera envidia a las demás personas y por eso lo critican. A él le molesta mucho que lo estén criticando y que lo humillen diciendo malas cosas de él, esto le trae una activación fisiológica con síntomas como taquicardia, hormigueo en los brazos y sensibilidad a los olores. Otra situación que indica el participante es que se siente triste cuando no tiene dinero para comprar cosas y esto lo hace ver como una persona “pobre” (sic. participante).

#### *Historia del problema*

El participante comenta que cuando era pequeño sufría violencia intrafamiliar, tenía muchas carencias porque en ocasiones no podían alimentarse y la casa donde vivía no estaba en condiciones para ser habitada. Su papá era alcohólico, lo que lo ha llevado a tener una mala relación con su padre desde que era niño. Su mamá tenía relaciones extramatrimoniales y siempre lo llevaba con ella, refiere sentirse culpable porque nunca le dijo a su papá lo que pasaba, y prefería ayudar a su mamá ya que lo recompensaban por no decir nada de lo que sabía o veía.

El participante comenta que su papá los corrió de su casa a él, sus hermanos y mamá. Ellos se fueron a vivir a casa de la mejor amiga de su mamá. Tiempo después lo corrieron de ahí porque según él le tenían envidia, y se fue a vivir a casa de su abuela. Después de 6 meses viviendo con su abuela lo corrió de su casa, porque iba a vivir otra persona ahí. Comenta que no volvió a ver a su abuela porque lo dejó solo y él no se merecía que lo corriera de esa manera, comenta que nunca la va a buscar y que se enteró que su abuelita enfermó, pero no le generó ninguna emoción.

El paciente comenta que en la universidad cuando estudiaba se juntaba con personas ricas y eso lo hacía sentirse feliz porque lo hacía tener un nivel o papel más alto en la sociedad. Actualmente comenta que trata mal a las personas que no le aportan nada en su vida, porque eso lo hace respetable, manipula a otros para que hagan lo que él quiere, esto lo hace sentir feliz porque las personas de un alto nivel socioeconómico son las únicas que pueden tratar mal a los demás.

Comentó que su abuelito es millonario y que siempre le habla para humillarlo porque le pregunta por su familia y lo hace recordar el nivel en el que está, esto lo hace sentir enojado y triste.

El paciente indicó que miente mucho acerca de su vida, acerca de su sueldo, su trabajo y de donde vive. Comenta que le afectó cuando los demás se burlaban de la situación por la que estaba pasando. Actualmente ya no le afecta ya que se creó una nueva vida donde es más respetable. El participante indicó que mentir está bien para él y es algo que le ayuda porque lo hace ver mejor y tener un nivel alto en la sociedad.

Tenía un negocio con un compañero, pero su compañero le empezó a robar dinero y dejó el negocio que tenían. En su trabajo comenta que le llamaron la atención porque sus compañeros lo reportaron porque él los humillaba y los trataba muy mal, lo que le ocasionó problemas con su jefe y lo iban a despedir. El participante renunció al trabajo indicando que no supieron valorarlo y que lo que decían era mentira. Comenta que esto es algo que frecuentemente pasaba en sus anteriores trabajos y mejor renunciaba porque siempre tenía una mala relación con sus compañeros de trabajo.

### **Análisis funcional**

Con el objetivo de construir un conjunto de hipótesis sobre el comportamiento del paciente para apoyar la propuesta de intervención, se realizó un análisis funcional. La sintomatología que presentó el participante principalmente es de su infancia y comentarios que hacen las personas acerca de él. Tiene pensamientos como: “No soy importante”, “Siempre me humillan”, “Genero envidias”, “Los demás no son importantes”, “Es mejor crearme una nueva vida”. Estos pensamientos desencadenan una serie de emociones como enojo y tristeza. Las respuestas fisiológicas que presenta son taquicardia, hormigueo en brazos, cansancio, dormir mucho tiempo y sensibilidad a distintos olores. A nivel conductual un aumento en el consumo de cigarrillos y alcohol. Se ha distanciado de sus familiares y tiene constantes problemas laborales. Esta información se puede ver de manera detallada en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Análisis funcional de la conducta**

Antecedentes	Remotos	
		Carencias en la infancia, mala relación con su padre, su papá lo corrió de su casa, su abuelita lo corrió de su casa, papá alcohólico y hermano drogadicto

	Próximos	Pelear con familiares, problemas con amigos y creer que siempre lo están criticando
Respuestas	Cognitivas	“No soy importante”
		“Siempre me humillan”,
		“Genero envidias”
		“Los demás no son importantes”
		“Ser pobre no habla bien de mi”
		“No soy buena onda porque me gusta tratar mal a las personas”
		“Es mejor crearme una nueva vida”
		“Es mejor mentir”
		“ Si puedo ser como ellos”
	Emocionales	Enojo, tristeza, estrés y miedo
	Fisiológicas	Taquicardia, hormigueo en brazos, dormir mucho y sensibilidad a distintos olores
	Conductuales	Fumar 6 cigarrillos diarios, tomar alcohol 3 veces por semana en exceso y evitación en situaciones que le recuerden su infancia
Consecuencias	Corto Plazo	Gastar mucho dinero, dejar de tener contacto con familiares, abuso en el consumo de sustancias, cambio de departamento seguido y problemas laborales.
	Largo Plazo	Dificultades en las relaciones interpersonales, dificultad para enfrentar situaciones de



estresantes, sentimientos de inseguridad, miedo al fracaso y violencia.

---

Fuente: elaboración propia

### **Evaluación inicial**

Para la evaluación se realizaron entrevistas donde se recabó información necesaria sobre las principales características del problema. Se indagó en la historia del paciente y cómo le está afectando actualmente en su vida este problema. Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación psicológica como: SCL90R donde destacaron síntomas depresivos que aparecen cuando el participante percibe conductas de ataque hacia a él y pensamientos rumiantes ante la evaluación de las demás personas.

En el BDI se obtuvo como resultado una depresión moderada con síntomas como irritabilidad, pensamientos persistentes de tristeza y fatiga.

En el ISRA se encontró sintomatología ansiosa en un nivel moderado principalmente por pensamientos y movimientos repetitivos especialmente en situaciones donde es evaluado por los demás y experiencias donde se siente humillado y rechazado.

En el SCID-2 los resultados destacan un trastorno de personalidad narcisista. Esto hace referencia a que su comportamiento va desde una percepción propia de grandiosidad, una necesidad de admiración y falta de empatía.

En el test de creencias de Ellis la creencia con mayor puntaje en el participante hace referencia a que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades de la vida causantes de pensamientos irracionales miedo o ansiedad.

En el DAST-10 drogas, el nivel de riesgo del consumo de drogas es moderado. el paciente refiere haber consumido sustancias como estimulantes, cannabis, tranquilizantes y cocaína. Actualmente ya no consume ningún tipo de sustancia. AUDIT alcohol, el nivel de riesgo de consumo de alcohol es moderado ya que el paciente refiere consumir en grandes cantidades alcohol al menos tres veces por semana.

En el IPDE, el paciente cumple con los criterios de puntuación y el tiempo requerido para considerarlo como un trastorno de la personalidad narcisista. Esto ayudó para la confirmación del trastorno de la mano con la entrevista.



**Diagnostico**

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2022) el paciente cumple con los criterios establecidos del Trastorno de la personalidad narcisista 301.81 (F60.81).

**Intervención**

Durante las primeras 6 sesiones se utilizó la terapia Cognitivo-Conductual sin embargo se observó en el paciente una dificultad al momento de aplicar reestructuración cognitiva. Por lo que se decidió cambiar de modelo terapéutico a Terapia de Esquemas.

Este modelo diseñado para los trastornos de personalidad, se enfoca en trabajar la sintomatología y la causa de los trastornos. Sus técnicas ayudan especialmente a los pacientes evitativos y con desregulación emocional (Young y et al., 2016).

Los objetivos principales de este modelo son satisfacer las necesidades emocionales básicas del paciente, utilizar la confrontación empática para que el paciente pueda ver las relaciones en términos de igualdad, ayudarlo a tolerar el malestar sin la evitación de estas y ayudarlo para que pueda valorarse a sí mismo por su capacidad humana y no por sus habilidades (Young y et al., 2016).

Las sesiones con el participante se realizan una vez a la semana con una duración de una hora. Durante las intervenciones se utilizan estrategias cognitivas, experienciales, técnicas de dramatización o imaginación y estrategias interpersonales.

**Tabla 2.**

Objetivos	Técnicas
Identificar los esquemas centrales	Centrado en los problemas y situaciones actuales se intenta conectar los síntomas presentes con los problemas de la vida. Se hacen conexiones entre emociones, síntomas, problemas de vida y los esquemas. La entrevista inicial se centra en la identificación de patrones de larga duración que caracterizan la vida actual de los pacientes. Los patrones se hacen relevantes y se delimita su importancia en el funcionamiento y se les considera como hipótesis de esquemas a confirmar.

Unir los esquemas con los problemas actuales y de la historia de vida.

Centrada en el pasado, la historia de vida del paciente se buscan los patrones aprendidos que actúan en la actualidad. Se realiza una evaluación donde se explora la historia de vida a través de las experiencias y recuerdos que tienen una mayor significación, asociadas al malestar. Se describen relaciones significativas con los padres, familia, amigos y los recuerdos traumáticos, se establecen los estilos de relación y como se van configurando los patrones de larga evolución y el estilo de funcionamiento. Se delimitan las necesidades básicas no cubiertas, como el paciente la interpretaba e interpreta para obtener información del esquema. Identificar cual es el estilo de afrontamiento ante esa situación como: evitación (rendirse), mantenimiento (aceptar) y sobrecompensación (luchar).

Identificación de los esquemas

Evaluación de los esquemas; para ello debe administrarse el Cuestionario de Esquemas de Young. Una vez codificado se identifica la lista de esquemas para posteriormente realizar la devolución. Esta se realiza en una sesión o en distintas sesiones en función del paciente. El objetivo de la devolución es que debe añadirse la información obtenida en las fases anteriores buscando la coherencia e inconsistencias de la información aportada mediante la clarificación de contenidos. Se debe empezar la educación del concepto de esquemas y cómo funcionan. Debe proporcionarse ejemplos que faciliten un aumento de conciencia respecto a las formas de dar significado al mundo y sus expectativas. Deben describirse los esquemas, etiquetándolos de forma significativa para el sujeto, ya sea poniéndole nombre o metaforizando el esquema.

Hacer entrar al paciente en contacto con las emociones

Activación de esquemas: acceder a las emociones asociadas a los esquemas. Trabajo centrado en descubrir las emociones circundantes a los esquemas que a menudo son intensas y dolorosas. Técnica de

circundantes a estos esquemas imaginación: de manera exploratoria para unir las emociones que sienten en la actualidad con las emociones del pasado y para explorar la continuidad de los esquemas (recuerdos familiares, interacciones significativas con los padres).

Esta fase se caracteriza por aquellas estrategias que permiten identificar los estilos de afrontamiento desadaptativos que mantienen a los esquemas, ya sea reforzando, evitando o compensando.

Identificar estilos de afrontamiento Explorar los estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas, el estrés, los problemas no esperados e improvisados del día y las situaciones que se evitan. Diferenciar las respuestas que se utilizan para afrontar algunas situaciones del día a día de aquellos patrones de respuesta de afrontamiento que son más independientes de la situación y que se utilizan de manera más generalizada en distintas situaciones y configuran por sí mismas un estilo de afrontamiento. Identificar el grado de éxito o fracaso de las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo. No se puede suponer que todas las respuestas de afrontamiento perpetuaran los esquemas.

Conceptualización del caso según la Terapia de esquemas La fase de evaluación finaliza el clínico puede realizar una conceptualización del caso en función de los estilos de funcionamiento cognitivo, conductual, emocional e interpersonal. Descripción del temperamento y recuerdos más significativos o traumáticos. Explicarla al paciente, obtener feedback para ajustarla y que sea aceptada como guía de la fase de tratamiento. El paciente tiene que entender que esta va a ser la hoja de ruta del tratamiento entendiendo que todo esto es un proceso dinámico que se reevalúa durante el mismo.

Fuente: Tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klesko y Weishar (2003).

### **Resultados**

Se analizaron los datos obtenidos a partir de la comparación de los resultados derivados de la evaluación diagnóstica inicial del paciente y aún no puede aplicarse un post-test ya que él paciente continúa en proceso terapéutico y aun no se cumple el tiempo recomendado para reaplicar las pruebas y observar los cambios después del tratamiento.

Sin embargo, puede identificarse una mejoría en el paciente ya que se utilizaron técnicas cognitivas que ayudaron al paciente a centrarse en un problema, así como identificar sus demandas las cuales hacían referencia a no ser importante para las demás personas.

Se utilizaron técnicas de imaginería con el objetivo de que el paciente pudiera identificar sus emociones. Las técnicas se relacionaban en el pasado y en presente donde progresivamente se fueron explorando distintas situaciones en las que el paciente refería no sentirse importante y le causaba un malestar significativo. Estas técnicas ayudaron al paciente a identificar las situaciones que representaban una problemática, así como las emociones que aparecían ante estas como el enojo y la tristeza. El paciente pudo identificar que sus respuestas de afrontamiento ante estas emociones tenían conductas evitativas, que mantienen estos esquemas.

### **Discusión**

Una de las ventajas que aporta la Terapia de esquemas es que ayuda a que el proceso diagnóstico sea más fino ya que considera distintas conductas, esquemas disfuncionales y modos de esquemas. Esto permite una mejor precisión tomando en cuenta la sintomatología y la diferenciación con otros trastornos, de esta forma se puede hacer un mejor diagnóstico diferencial.

La Terapia de Esquemas se centra en identificar la causa del trastorno: esquemas desadaptativos, más que a las conductas visibles. Esto es algo que la Terapia de esquemas hace diferente a los demás modelos, ya que los demás se centran en observar las conductas. Aunque la Terapia de esquemas reconoce que las conductas pueden ser motivadas por distintas causas, 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 et al., 2016).

Existen distintos riesgos al momento de evaluar los trastornos de la personalidad usando solamente criterios que se basan en la observación de las conductas, ya que una conducta puede ser modificada. Una conducta puede ser causada por diferentes situaciones e incluso trastornos. Una de las críticas hacia los otros modelos es que en las prácticas clínicas suelen llegar trastornos que no son puros, llegan combinados con características de otros trastornos de la personalidad. La TE realiza un diagnóstico más preciso con la historia del paciente y no con una categorización más rígida.

Nos enfrentamos con estructuras de la personalidad con patrones de comportamientos, pensamientos y emociones profundamente arraigados en las personas (Caballo, 2004). El narcisismo suele ser un trastorno de la personalidad más complicados para trabajar (Young et al., 2016). Esto hace difícil poder llevar un tratamiento estructurado ya que varía la estabilidad del tiempo de estas. Por lo que se sugiere hacer procesos de evaluación más largos, que ayuden a identificar la tipología que existe en este trastorno, para conocer las diferencias, que se centren en la historia del paciente y así poder dar un diagnóstico correcto.

### **Conclusión**

El modelo de Young es uno de los modelos cognitivos más recientes y que más se está divulgando. Una de las principales características de este modelo es la relación que se establece entre los patrones de la vida actual del paciente y sus orígenes siendo las principales las situaciones en la infancia y en ámbitos las familiares.

Esta terapia cognitiva se centra en indagar sobre la historia del paciente para dar una explicación del problema, esto lo hace diferente a otros modelos. Otra de las características de este modelo es que se enfoca en aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)* (5a ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Beck, A. T., y Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. in *psicología conductual* (vol. 9).
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L., y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y la confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72–81.
- Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 22(2), 85–92.  
<https://doi.org/10.1023/B:JORE.0000025439.78389.52/METRICS>
- López-Ibor, J., Pérez Urdániz, A., Rubio, V., Samino, F., Granada J, Lorenzo, M. J., Valdivieso, S., y Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-V*.
- Martin M. Smith, Simon B. Sherry, Samantha Chen, Donald H. Saklofske, Gordon L. Flett, y Paul L. Hewitt. (2016). *Perfectionism and narcissism: A meta-analytic review*. *Journal of Research in Personality*. <https://scihub.se/https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.012>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (4a ed.). Trillas.
- 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), 456479.
- Young, J., y Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. Nueva York: Cognitive Therapy
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, E. (2016). *Terapia de esquemas: guía práctica* (2da ed.). España: Desclée De Brouwer.