

# CARACTERIZACIÓN DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES DEL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD\*

## CHARACTERIZATION OF IRRATIONAL BELIEFS RELATED TO HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER

Recibido: 14 de julio de 2013/Aceptado: 12 de diciembre de 2013

LEONARDO YOVANY ÁLVAREZ RAMÍREZ\*\*

Universitaria de Investigación y Desarrollo (UDI) - Bucaramanga - Colombia

### Key words:

Disorder, Histrionic, Personality, Irrational beliefs, REBT.

### Abstract

This research paper shows the results of a case and control study which aims to characterize a repertoire of based beliefs, values and prototypical irrational concepts in the recorded clinical histories of 30 patients afflicted with histrionic personality disorder and whom were diagnosed as such in the region of Bucaramanga (Colombia). Through the MCMI-III and SCID II, individual structured interviews and self-reported beliefs, concepts and irrational values of histrionic disorder were applied to patients being classified in two groups (diagnosed and control group), ratifying the results as follows: 5 values, 12 concepts and 15 irrational beliefs that were characteristic of patient groups with the disorder, with  $X^2=43.642$ , with a  $p<0.001$  and  $gl=29$  was lower than expected ( $X^2=58.302$ ). There were also no differences by gender, because we found that  $X^2=28.765$ , which was a  $p<0.001$  and  $gl=14$ , lower than expected as well:  $X^2=36.123$ .

### Palabras clave:

Trastorno, Histriónico, Personalidad, Creencias irracionales, TREC.

### Resumen

El presente artículo de investigación presenta los resultados de un estudio de tipo casos y controles con el cual se buscó caracterizar un repertorio de creencias, valores y conceptos irracionales prototípicos del trastorno histriónico de la personalidad en 30 pacientes diagnosticados en Bucaramanga (Colombia). Se clasificaron dos grupos (grupo diagnosticado y grupo control), mediante el MCMI-III y la SCID II, a cuyos integrantes se les practicaron entrevistas individuales estructuradas con el Autoinforme de creencias, conceptos y valores irracionales del trastorno histriónico, ratificándose 5 valores, 12 conceptos y 15 creencias irracionales, característicos del trastorno en el grupo con  $X^2=43.642$ , que con una  $p<0.001$  y  $gl=29$  fue inferior al esperado ( $X^2=58.302$ ). Tampoco hubo diferencias por género, pues, se halló que  $X^2=28.765$ , lo cual, con una  $p<0.001$  y  $gl=14$ , también resultó inferior al esperado:  $X^2=36.123$ .

### Referencia de este artículo (APA):

Álvarez, L.Y. (2014). Caracterización de las creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad. En *Psicogente*, 17(31), 143-154.

\* Este artículo hace parte del ejercicio preliminar de un proyecto que se presentará para la convocatoria interna de investigación de la Universitaria de Investigación y Desarrollo (UDI) - Bucaramanga en 2014, bajo el título de "Caracterización de repertorios de creencias en trastornos de la personalidad", por el Grupo de Investigación del Programa de Psicología UDIPSI (Conflictos, violencias y representaciones sociales).

\*\* Docente-investigador Universitaria de Investigación y Desarrollo (UDI) - Bucaramanga, Colombia. Email: leonardoalvarez64@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

A través del modelo clínico del A-B-C (Ellis, 1991; 1993), se propone que las creencias irracionales (las B) tienen consecuencias perturbadoras (C) emocionales y conductuales, que, en grados de intensidad absolutos, generalizados y permanentes, producen distorsiones en la manera como la persona percibe su realidad, generando trastornos psicológicos (Yapp & Dryden, 1995; Dryden, David & Ellis, 2009). De acuerdo con lo postulado por la Terapia Racional Emotivo-Conductual-TREC (Ellis, 1993), dichas creencias irracionales son un codeterminante de la irracionalidad con que la persona ve lo que le ocurre (Crawford & Ellis, 1982; Ellis, 1991). Por eso, estas creencias constituyen un foco de atención fundamental en el modelo clínico (Ellis, 2002) y son motivo de diferentes debates que buscan hacerlas más realistas y adaptativas (Dryden, 1984; Ellis, 1987a; Yankura & Dryden, 1997). Las creencias irracionales provienen de suposiciones no confirmadas por la persona (Ellis, 1995; Dryden, 2009), y una de sus características consiste en que, a medida que distorsionan la percepción de las personas, persisten e intensifican su malestar emocional. Por otra parte, el contenido de las creencias irracionales es un aspecto importante de su tratamiento, pero también el modo como se hacen inferencias para reafirmarlas o desconfirmarlas (Ellis & Grieger, 1986; Dryden, 1994; Ellis, 1991), pues, tales desconfirmaciones son las que terminan venciendo el malestar o la perturbación emocional (Wallen, Di Giuseppe & Dryden, 1992; Ellis, 1987a, 1994; Dryden, Neenan, 2004; 2006).

El A-B-C ha sido descrito por Ellis como un enfo-

que dirigido a la eficiencia (Ellis, 1990; 1993), pues, en él interesa localizar blancos de perturbación en el cliente y dirigirse específicamente a ellos en la intervención (Ellis, 1993). En concreto, el trabajo busca que las inferencias sean más probabilísticas y flexibles (Ellis, 1987b; Bond & Dryden, 2000); sin embargo, por establecer tales repertorios de creencias según los diferentes trastornos emocionales, en el modelo de Ellis (1993), el trabajo empírico no ha sido muy empleado. A partir de todo esto, surge la pregunta: ¿Cuáles son los repertorios de creencias prototípicas de cada uno de los trastornos de la personalidad y, en particular, del trastorno histriónico de la personalidad (Millon, 1981; 1986; 1994; 2004)? Hallar estos repertorios puede contribuir a obtener unidades específicas para el trabajo terapéutico más allá de la clasificación nosológica estándar del DSM-IV (Millon, Everly & Davis, 1995; Millon & Davis, 1998).

Estos patrones describen una estructura inferencial propia de emociones que les sirven como base para el funcionamiento. Pero, por otro lado, el modelo inferencial (Bond & Dryden, 2000) sobre el cual se ha establecido la cadena de conexiones entre las creencias que las conforman parte de una estructura organizada que mantiene un centro de comunales de significado, y estas hacen que dicho patrón irracional de creencias se perpetúe y reconfirme. De esta forma, la inferencia se apoya fuertemente en valores, conceptos y creencias que deben ser identificados para dirigir la intervención de forma específica. En este sentido, diferentes estudios han establecido caracterizaciones de este tipo en el caso de la depresión (Hauck, 1971; Hauck, McKeegan, 1997; Álvarez, 2011); en tanto que otro estudio sobre el tras-

torno histriónico de la personalidad en hombres arrojó resultados en torno a creencias, valores y conceptos que lo caracterizan (Álvarez, 2013).

Así, el presente estudio pretende reconfirmar hallazgos empíricos acerca del repertorio prototípico de creencias, conceptos y valores irracionales del trastorno histriónico de la personalidad, y de manera específica, en un grupo mixto, mediante un estudio de casos y controles.

## MÉTODO

### Diseño

Se desarrolló una investigación con un diseño *ex post facto* de casos y controles con el propósito de establecer si los participantes diagnosticados con el trastorno histriónico de la personalidad se identifican o no con su repertorio de creencias, conceptos y valores irracionales típicos, en contraste con participantes sin el diagnóstico.

### Hipótesis

H<sub>1</sub>: Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad se deben identificar con el repertorio de creencias prototípico del trastorno, en tanto que los no diagnosticados, no lo deben hacer.

H<sub>2</sub>: Los individuos con trastorno histriónico de la personalidad se deben identificar con los valores y conceptos asociados a las creencias irracionales prototípicas.

## Participantes

En el estudio, participaron 60 individuos voluntarios, que fueron atendidos en algunos centros de salud mental de la ciudad, elegidos por conveniencia, a partir de los criterios del DSM-IV, y de acuerdo con los puntajes en el Inventario Multiaxial de Personalidad MCMI-III (Cardenal & Sánchez, 2007) en su tercera edición española de 2004. Estos participantes fueron diagnosticados con el trastorno histriónico de la personalidad cuando la puntuación en la tasa base (TB) superaba el valor de 85 (Weltzler, 1990). Se incluyeron los casos que se inscribían en el índice de sinceridad, por lo que la prueba se invalidaba si la puntuación directa era menor que 34 o mayor que 178. Los seleccionados fueron hombres y mujeres (mitad de cada género) entre los 26 y 33 años de edad, con estudios profesionales terminados, de los estratos 3 y 4 de la ciudad de Bucaramanga. Al grupo de los casos, se asignaron 30 participantes con diagnóstico del trastorno histriónico de la personalidad (15 mujeres y 15 hombres). El grupo controles fue constituido también por 30 participantes (15 mujeres y 15 hombres) bajo las mismas características, excepto la condición de trastorno histriónico de la personalidad, al presentar puntuaciones (TB) entre 0 y 15 en el MCMI-III (Cardenal & Sánchez, 2007).

## Instrumentos

SCID II (*Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Guía del usuario. Entrevista clínica. Cuestionario de personalidad.* (First, 1999).

Es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de 12 trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV: Sujetos excéntricos (esquizoides, esquizotípicos y paranoides), que se caracterizan por un patrón penetrante de cognición (sospecha), expresión (lenguaje extraño) y relación con otros (aislamiento) anormales; sujetos dramáticos emocionales o erráticos (histriónicos, narcisistas, antisociales y *bordeline*), caracterizados por un patrón penetrante de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presentan con frecuencia *acting-out*, que los impulsa a hacer rabietas, comportamientos auto-abusivos y arranques de rabia; sujetos ansiosos o temerosos (evitativos, dependientes y obsesivo-compulsivos), que presentan un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

La entrevista diagnóstica se usa para formular diagnósticos tanto categoriales (presente o ausente) como dimensionales (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que se codifican como 3). Los criterios para clasificar el trastorno de la personalidad son: Criterio A: Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos; criterio B: Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales; criterio C: Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas; criterio D: Su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de

la edad adulta; criterio E: No es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental; criterio F: El patrón no es debido a los efectos directos de sustancias, ni a una enfermedad médica.

En su estructura, la entrevista propicia una revisión preliminar sobre la capacidad de conciencia del sujeto, las características de su comportamiento y sus relaciones habituales. Luego se consideran en forma sucesiva los 10 trastornos de personalidad específicos y 2 categorías del apéndice.

Consta de tres columnas: Preguntas de la entrevista, criterios del DSM-IV (Frances, Pincus & First, 2008) y puntuación de los ítems. Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como: ?, 1, 2, 3, y deben leerse así: ? = información inadecuada para codificar el criterio como 1, 2, 3; 1 = Ausente o falso (el enunciado del criterio es claramente falso); 2 = Subumbral: casi se alcanza el nivel, es decir, que el rasgo se halla presente pero sin la gravedad suficiente como para causar deterioro o malestar; 3 = Umbral o verdadero, el cual reúne las características de: patológico, persistente y generalizado.

Al finalizar la entrevista, el entrevistador rellena la Hoja de Resumen de Puntuaciones. Un recuadro indica el umbral categorial del DSM-IV para cada trastorno. En caso de que se cumplan con frecuencia los criterios de más de un trastorno de personalidad, el entrevistador debe señalar el “diagnóstico principal del eje II”. El entrevistado suele ser la única fuente de información; sin embargo, debe tomarse en cuenta la información procedente de terapeutas anteriores y de miembros de la familia. De hecho, la SCID II puede utilizarse para re-

cabar información de sujetos informantes conocedores del paciente.

*Inventario Multiaxial de Personalidad MCMI-III* (Cardenal & Sánchez, 2007).

Basado en las anteriores versiones de MCMI-I y MCMI-II, el MCMI-III es una escala de autoinforme que consta de 175 ítems, y evalúa 14 patrones de personalidad y 10 síndromes clínicos. Los ítems tienen dos opciones de respuesta (verdadero-falso), y los patrones de personalidad evaluados por este instrumento son: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico, límite y paranoide.

En el MCMI-III, las puntuaciones entre 75 y 85 indican rasgos clínicos de personalidad, y las que están por encima de 85 indican un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave, es decir, un trastorno de la personalidad.

Con respecto a los síndromes clínicos, el MCMI-III evalúa 10 síndromes relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. La mayoría de estos trastornos se corresponden con los trastornos codificables en el eje I del DSM-IV.

El MCMI-III posee cuatro escalas de validación. La escala de *Sinceridad* indica si la persona es franca o

reservada, de manera que si la puntuación directa es menor que 34 o mayor que 178, se invalida la prueba. La escala *Validez* dirigida a las respuestas descuidadas, confusas o al azar, que asigna un límite de 2 para invalidar la prueba. El índice de *Deseabilidad social* evalúa el grado en que los resultados pueden verse afectados por la tendencia de la persona a mostrarse socialmente atractiva, moralmente virtuosa, o emocionalmente estable. Puntuar por encima de 75 indica la tendencia a presentarse favorable, ocultando dificultades psicológicas o interpersonales. El índice de *Devaluación* refleja tendencias opuestas a las mostradas en la escala de *Deseabilidad social*. En este caso, las puntuaciones superiores a 75 indican que la persona se está despreciando o devaluando en lo correspondiente a sus dificultades emocionales y problemas interpersonales.

La confiabilidad test-retest del MCMI-III oscila entre 0,84 y 0,96, y tiene una consistencia interna superior a 0,80, pero la consistencia interna por escalas es de  $\alpha \geq 0,75$  en 21 de sus escalas. La fiabilidad de los síndromes clínicos también es adecuada: oscila entre 0,71 y 0,87. Las escalas que evalúan sinceridad tienen consistencias internas, así: *deseabilidad social* (0,80) y *devaluación* (0,92) (Gibeau & Choca, 2005).

*Cuestionario evocativo de creencias, conceptos y valores irracionales* (Ellis, 1993)

Constituido por cinco preguntas abiertas que deben ser contestadas en forma escrita por el participante:

- ¿Cuáles son sus imposiciones absolutistas, sus obligaciones, sus supuestos, sus “tengo que”?
- ¿Qué cosas le inspiran temor, ansiedad?

- ¿Cuáles son sus “no puedo soportarlo”, “no aguanto”?
- ¿Cuáles son sus sentimientos de derrota, sus ideas de inadecuación, de incapacidad, de inaceptación hacia sí mismo?
- ¿Cuáles son sus exageraciones, sus impedimentos e inhibiciones?

#### *Hoja de datos sociodemográficos*

Comprende los siguientes aspectos: fecha, edad, género, estrato socioeconómico, estudios realizados, dirección de residencia, centro de atención de salud.

### **Procedimiento**

#### *Primera etapa*

En la primera sesión, se explicó el alcance y los objetivos del estudio para obtener la aprobación según el protocolo de consentimiento informado APA. También se llevaron a cabo las entrevistas con los participantes voluntarios para asignarlos al grupo de casos o al de controles. La *SCID II (Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV)* (First, 1999) se aplicó durante 60 minutos con el fin de formular el diagnóstico del trastorno histriónico de la personalidad, previo examen del comportamiento general y de las principales relaciones familiares y sociales de cada participante. Se siguieron las tres columnas del protocolo haciendo las preguntas indicadas, mirando los criterios del DSM-IV y asignando la puntuación a los ítems: ?, 1, 2, 3. Al final, se rellenó la Hoja de Resumen de Puntuaciones y el recuadro que indica el umbral categorial del DSM-IV. Para el trastorno de la personalidad por dependencia (eje II), se tuvo en cuenta que las pun-

tuciones destacaran en medio de otras concomitantes para seleccionar al candidato al estudio, pues, en este caso es frecuente que se cumplan los criterios de más de un trastorno de personalidad.

En la segunda sesión colectiva de 70 minutos, se aplicó el *Inventario Multiaxial de Personalidad MCMI-III* (Cardenal & Sánchez, 2007) de 175 ítems, y se seleccionaron los casos con  $TB \geq 85$ , que indica un nivel de funcionamiento crónico o trastorno de la personalidad. Las puntuaciones directas menores que 34 o mayores que 178 se invalidaron para garantizar la sinceridad, lo mismo que la puntuación de 2 a las respuestas descuidadas, confusas o al azar (Prueba de validez), al igual que puntuaciones superiores a 75 en las escalas de *Deseabilidad social* y de *devaluación*.

#### *Segunda etapa*

En la tercera sesión individual, se realizó la entrevista en la cual se aplicó el *Cuestionario evocativo de creencias, conceptos y valores irracionales* (Ellis, 1993), constituido por cinco preguntas abiertas, que deben ser contestadas por el participante en profundidad y verbalmente ante el entrevistador. Apartir de estas preguntas, se le pidió a los participantes de los dos grupos que marcaran las respuestas afines a dichas preguntas en la escala Likert obtenida del estudio previo y que surgió del análisis de factores comunes, conceptos, valores y creencias irracionales de las entrevistas realizadas a dichos sujetos (Álvarez, 2013). Esta calificación iba desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Los puntajes resultantes se procesaron estadísticamente en el paquete estadístico SPSS versión 21.0.

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los puntajes de los 30 participantes del grupo de control y de los otros 30 del grupo de los casos, al responder el *Autoinforme de creencias, conceptos y valores irracionales del trastorno histriónico de la personalidad* que se elaboró a partir de los resultados de los valores, conceptos y creencias irracionales extractados del análisis de las entrevistas reportado en un estudio anterior (Álvarez, 2013). Esta matriz de la Tabla 1 se obtuvo de la aplicación de la escala Likert de cinco alternativas de respuesta, en la que 1 indicaba estar totalmente en desacuerdo, y 5, totalmente de acuerdo. Los puntajes muestran las alternativas escogidas del grupo en concordancia con el trastorno.

La Tabla 2 presenta los resultados de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado en lo relativo a la afinidad con las creencias, conceptos y valores irracionales del

trastorno histriónico de la personalidad en los dos grupos. El valor Chi-cuadrado confirma la hipótesis nula y se rechaza la de investigación, pues, se obtuvo un valor  $X^2=43,642$ , que, con una  $p \leq 0.001$  y  $gl=29$ , es inferior al esperado  $X^2= 58.302$  (Guilford, 1936; Anastasi, 1976; Magnusson, 1982). Esto significa que los participantes del grupo de los casos se identifican con las creencias, conceptos y valores del trastorno histriónico de la personalidad, mientras que los participantes del grupo de los controles no lo hacen. De la misma manera, no se identificaron diferencias por género, pues se obtuvo un valor  $X^2=28.765$ , que, con una  $p \leq 0.001$  y  $gl=14$ , es inferior al esperado  $X^2= 36.123$ .

La Tabla 3 muestra el repertorio de los valores, conceptos y creencias irracionales histriónicos, que fue ratificado como característico de su trastorno en el grupo de los casos de este estudio. Cada creencia tiene un concepto correspondiente y este, a su vez, está incluido

Tabla 1. Puntajes de afinidad del grupo de casos y grupo de controles en el repertorio de creencias irracionales del trastorno histriónico de la personalidad

Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos
1	4	2	4	1	5	1	5
2	5	1	5	2	4	2	4
1	5	1	4	1	4	1	5
1	4	1	4	1	5		
2	5	2	5	2	5		
1	5	1	5	1	4		
2	4	2	4	1	4		
1	5	1	5	2	4		
2	4	2	4	2	4		

Tabla 2. Chi-cuadrado de afinidad con las creencias, conceptos y valores irracionales del trastorno histriónico de la personalidad

X <sup>2</sup> obtenido	Grados de libertad	P	X <sup>2</sup> esperado	X <sup>2</sup> obtenido	Grados de libertad	P	X <sup>2</sup> esperado
43.642	29	0.001	58.302	28.765	14	0.001	36.123

**Tabla 3. Conceptos, valores y creencias irracionales prototípicas del trastorno histriónico de la personalidad**

Valor	Concepto	Creencias
Deslumbramiento	Novedad	Debo ser interesante, sorprender, destacar entre los demás.
	Impresionismo	Las personas valiosas y destacadas son estimulantes.
	Interesante	Soy poca cosa si los demás no me encuentran divertido.
Saliencia	Impacto personal	Uno no puede pasar desapercibido o ser ignorado por los demás.
Trascendencia	Efemeridad	Se llegó a dejar huella en la humanidad.
Singularidad	Diferenciación	No se puede ser alguien del montón.
Notabilidad	Visibilidad	Me frustra no recibir la atención de los demás.
Agrado	Gustar	Quiero gustarles a los demás siempre.
Exhaltación	Lo extremo	La gente solo me presta atención cuando hago cosas extremas o sobreactúo.
Intuición	Espontaneidad	Sigo mis intuiciones, valen más que la razón.

en los valores característicos del trastorno. Dichas creencias están asociadas con conceptos y valores específicos en torno a los cuales se estructuran, por lo cual estos se vuelven fundamentales al abordar clínicamente el debate de dichas creencias y su confrontación en la vida de la persona que padece el trastorno.

Entre los valores representativos para la persona con trastorno histriónico de la personalidad, se ratificó que el “deslumbramiento” busca la novedad, la diferencia, mostrarse interesante y diferente, destacar en algo, pero con el interés básico de la notoriedad. De allí surgen creencias tales como: Debo ser interesante, sorprender, destacar entre los demás; las personas valiosas y destacadas son estimulantes; soy poca cosa si los demás no me encuentran divertido.

El valor de la “saliencia” busca superar lo convencional. Se asocia con necesidad de reconocimiento y con creencias como “uno no puede pasar desapercibido o ser ignorado por los demás”. La trascendencia también resultó ser un valor destacado, pues la persona busca “lo que va más allá”, lo que perpetúa su imagen, como lo

deja ver en la creencia central: “Se llegó a dejar huella en la humanidad”, es decir, el individuo desea a como dé lugar dejar testimonio trascendente de su persona. El valor de la singularidad es alto, y por su causa, la persona busca la diferenciación en lo que hace, lo cual está profundamente basado en la creencia de que “no se puede ser alguien del montón”. Este valor unido al de la notabilidad y la búsqueda de visibilidad, que soportan la creencia de “me frustra no recibir la atención de los demás”. Aquí se aprecia una necesidad intensa e imprescindible de recibir la atención de los demás a como dé lugar, fundada en la creencia central de “quiero gustarles a los demás siempre”, inclusive mediante otro valor de soporte que es la exaltación y el concepto de lo extremo, evidente en la creencia de que: “La gente solo me presta atención cuando hago cosas extremas o sobreactúo”. Finalmente, se observa una fuerte valoración de la espontaneidad, que es confirmada en la creencia de: “Sigo mis intuiciones, valen más que la razón”.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman el repertorio



de creencias, valores y conceptos característico del trastorno histriónico de la personalidad en los participantes del estudio que padecen este trastorno. Las creencias irracionales de dicho trastorno se estructuran en torno al valor absoluto que las personas con este trastorno parecen darle a su propia imagen y su propio ser, a los cuales revisten con excesos de miramientos, devoción, cuidado y reconocimiento, buscando ser el centro de atención para los demás e influir, de alguna manera, en la mirada y el juicio ajeno.

La sobrevaloración de la imagen propia, de su cuerpo, y de su talento y habilidades es un rasgo común a quienes padecen el trastorno, y esperan ser un atractor constante, viviendo así en una fantasía donde todo lo que hacen y dicen es importante, trascendente y digno de ser reconocido. Ser llamativo, irresistible e importante es un valor que destaca de manera persistente en las creencias y valores propios que demarcan el trastorno. De esta manera, los valores y conceptos se convierten en el contexto estructural y de contenido que soporta las creencias irracionales histriónicas que a su vez predicen acerca de ellos.

Este núcleo de valores, conceptos y creencias irracionales histriónicas presenta características de magnitud, generalización, persistencia e intensidad desbordados, ya que las inferencias que obtienen son desmedidas y distorsionadas, además de dogmáticas, por lo cual se constituyen en focos centrales de intervención para la psicoterapia (Dryden, Ferguson & Clark, 1989). Los ejercicios de confrontación y debate lógico, pragmático y empírico deben complementarse con otros en los

cuales la definición y la valoración recobren su lugar, es decir, revisando la forma en que el cliente ha llegado a definirse en función de dichos conceptos: ¿cómo es que ha terminado dando un valor tan alto a dichos valores histriónicos en su vida y como ello ha influido en la forma como se siente y ve su vida?, ¿cómo dichos valores guían su forma de tomar decisiones y solucionar problemas en lo personal y qué se ha derivado de ello en sus relaciones? (Neenan, Dryden, 1996).

En general, pueden inferirse evidencias según las cuales el repertorio de valores, conceptos y creencias irracionales prototípicas del trastorno histriónico de la personalidad son reconfirmadas por el presente estudio; sin embargo, se hace necesario realizar estudios en poblaciones con características diversas y de diferentes edades y condiciones sociodemográficas para profundizar en los hallazgos.

## REFERENCIAS

- Álvarez, L. (2011). Conceptos irracionales prototípicos de la depresión. Una articulación con las creencias irracionales de la REBT. *Un estudio de casos y controles*, 3(2), 39-51.
- Álvarez, L. (2013). Creencias, valores y conceptos del trastorno histriónico de la personalidad en una muestra masculina. *Revista Pre-Til*. Presentado para evaluación editorial.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological Testing*. New York: Macmillan.

- Bond, F. & Dryden, W. (2000). How rational beliefs and irrational beliefs affect people's inferences: An experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 33-43.
- Cardenal, V. & Sánchez, M. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Crawford, T. & Ellis, A. (1982). *Communication and rational-emotive therapy*. Los Angeles: Workshop.
- Dryden, W. (1984). *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Croom Helm.
- Dryden, W. (1994). *Invitation to rational-emotive psychology*. London: Whurr Publishers.
- Dryden, W. (1999). *How to accept yourself*. London: Sheldon.
- Dryden, W. (2009). *Understanding emotional problems: The REBT perspective*. Hove, East Sussex: Routledge.
- Dryden, W., David, D., Ellis, A. (2009). Rational emotive behavior therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 3ra edición. New York: Guilford.
- Dryden, W., Ferguson, J., Clark, A. (1989). Beliefs and inferences: A test of a rational-emotive hypothesis, 1: Performing in an academic seminar. *Journal of Rational-emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 7, 119-129.
- Dryden, W., Neenan, M. (2004). *The rational emotive behavioural approach to therapeutic change*. London: Sage.
- Dryden, W., Neenan, M. (2006). *Rational Emotive Behavior Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Hove: Routledge.
- Ellis, A. (1987a). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Ellis, A. (1987b). Integrative developments in rational-emotive therapy (RET). *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 470-479.
- Ellis, A. (1990). Is rational-emotive therapy (RET) "rationalist" or "constructivist"? In Ellis, A., Dryden, W. *The essential Albert Ellis* (pp, 114-141). New York: Springer.
- Ellis, A. (1991). The revised ABCs of rational-emotive therapy. En Zeig, J. (Ed), *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 79-99). New York: Brunner/Mazel. Expanded version: *Journal of rational-emotive and cognitive behavior therapy*, 9, 141-170.

- Ellis, A. (1993). Rational emotive imaginery: RET version. In M.E. Bernard & J.L. Wolfe (Eds.), *The RET source book for practitioners* (pp. 8-11). New York: Institute for Rational emotive therapy.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Birch Lane Press.
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational, emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85-89.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance: a rational emotive therapy integrated approach*. New York: Springer.
- Ellis, A., Grieger, R. (1986). *Manual de Terapia Racional Emotiva (2)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- First, M. (1999). *SCID-II: entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Guía del usuario*. Entrevista clínica. Cuestionario de personalidad. Masson.
- Frances, A., Pincus, H., First, M. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales®*. Madrid: Masson.
- Gibeau, P. & Choca, J. (2005). The Diagnostic Efficiency of the MCMI-III in the Detection of Axis I Disorders. En R.J. Craig (Ed.), *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, pp. 272-281). Hoboken, NJ: Wiley.
- Guilford, J. P. (1936). *Psychometric methods*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hauck, P. A. (1971). An RET theory of depression. *Rational Living*, 6(2). *Journal Psychiatry Res* (22), 21-28.
- Hauck, P., McKeegan, P. (1997). Aplicación de la REBT al tratamiento de la depresión. En: *Terapia conductual Racional emotiva (REBT). Casos Ilustrativos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Magnusson, D. (1982). *Teoría de los tests*. México: Trillas.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. Klerman (comps.) *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation. (Traducción al español, Paidós, 1997).
- Millon, T. (2004). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T., Everly, G. & Davis, R. D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6(2), 109-129.

- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Neenan, M. & Dryden, W. (1996). The intricacies of inference chaining. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 14, 231-243.
- Wallen, S., Di Giuseppe, R., Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Weltzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI): A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- Yankura, J., Dryden, W. (1997). *Special applications of REBT: A therapist's casebook*. New York: Springer.
- Yapp, R., Dryden, W. (1995). The role of concurrent beliefs in emotional disturbance. *The Rational Emotive Behaviour Therapist*, 3(1), 20-33.