

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CASO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.

Jorge Corpas^{a,b,*} y Tamara Jiménez^a.

^aUniversidad de Córdoba, España;

^bCentro de Psicología Anpsico, Córdoba, España

PSYCHOLOGICAL TREATMENT AND THERAPEUTIC ALLIANCE IN A CASE OF AVOIDANT PERSONALITY DISORDER.

Jorge Corpas^{a,b,*} y Tamara Jiménez^a.

^aUniversidad de Córdoba, España;

^bCentro de Psicología Anpsico, Córdoba, España

Dirección Postal:

Jorge Corpas
Dirección: C/Fray Luis de Granada, 6, Esc. 9, 4º-1,
Córdoba (España)
Correo electrónico: z52coloj@uco.es

Tratamiento psicológico y alianza terapéutica en un caso de trastorno de personalidad por evitación.

Resumen

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE) ha sido poco estudiado desde la literatura científica. No obstante, se ha identificado a la alianza terapéutica (AT) como un factor fundamental en su tratamiento. El presente trabajo tiene por objetivo mostrar la aplicación de una intervención psicológica en una paciente diagnosticada de TPE. La paciente acudió a consulta por síntomas ansioso-depresivos. La evaluación clínica se efectuó en la línea base, post-tratamiento y en un seguimiento a los dos meses a través de los instrumentos MCMI-IV y STAI. El tratamiento consistió en 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual. La AT fue evaluada durante tres momentos del tratamiento (sesiones 5, 10 y 15) mediante el cuestionario WAI. Los resultados mostraron un descenso clínicamente significativo en los patrones de personalidad y en las puntuaciones de ansiedad tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento. Se concluye que el tratamiento fue efectivo y que el control sistemático de la AT pudo estar íntimamente relacionado con los buenos resultados terapéuticos obtenidos. Este caso sugiere la necesidad de evaluar de forma más exhaustiva la AT en el tratamiento del TPE.

Palabras clave: tratamiento psicológico, terapia cognitivo-conductual, alianza terapéutica, trastorno de personalidad por evitación.

Psychological treatment and therapeutic alliance in a case of avoidant personality disorder.

Abstract

Avoidance personality disorder has been poorly studied. However, therapeutic alliance has been identified as a key factor in its treatment. The present work aims to show the application of a psychological intervention in a patient diagnosed with avoidance personality disorder. The patient attended initially for anxious-depressive symptoms. Clinical evaluation was carried out at baseline, at post-treatment and at two months follow-up through the MCMI-IV and STAI instruments. The treatment consisted of 16 sessions of cognitive-behavioral therapy. Therapeutic alliance was evaluated during three times of treatment (sessions 5, 10 and 15) using the WAI questionnaire. The results showed a clinically significant decrease in personality patterns and anxiety scores in both post-treatment and follow-up. It is concluded that the treatment was effective and that the systematic control of therapeutic alliance may have been closely related to the good therapeutic results obtained. This case suggests the need to evaluate the therapeutic alliance in the treatment of avoidant personality disorder.

Key words: psychological treatment, cognitive-behavioral therapy, therapeutic alliance, avoidant personality disorder .

Tratamiento psicológico y alianza terapéutica en un caso de trastorno de personalidad por evitación.

INTRODUCCIÓN

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013) describe el trastorno de la personalidad por evitación (TPE) como una entidad nosológica independiente caracterizada por la internalización de la angustia, alta sensibilidad a la crítica, niveles altos de afectividad negativa, inhibición conductual y bajos niveles de extraversión. Aunque la prevalencia del TPE es relativamente alta (entre 1,5% y el 2,5%), el tratamiento de este trastorno ha recibido poca atención desde la investigación clínica, la cual que se ha centrado en la ansiedad social (Grant et al., 2004). Además, la alta comorbilidad que presenta el TPE con otros trastornos (especialmente con el trastorno de ansiedad social, depresión y abuso de sustancias) complica su diagnóstico y tratamiento (Lampe y Malhi, 2018). Por otra parte, Hales y Hyman (2013) señalan el desafío que implica conseguir la participación de pacientes con TPE para el abordaje en consulta debido, precisamente, a las propias particularidades del trastorno. En este sentido, cabe destacar que el patrón de personalidad evitativo dificulta especialmente la alianza terapéutica (AT), lo que conlleva frecuentemente el abandono o la irregularidad del tratamiento (Lingiardi et al., 2005). Por este motivo, cuidar la AT en este perfil es un factor determinante para el éxito de la intervención (Coyne et al., 2019; Konzag et al., 2004; Tufekcioglu et al., 2013). Debido a la necesidad de abordar esta patología de manera estructurada y teniendo en cuenta la AT, este estudio de caso tiene como objetivo mostrar una intervención eficaz para el TPE a través de un diseño ABA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del caso y motivo de consulta

Mujer de 20 años de edad, soltera y con un nivel socioeconómico medio. Buen nivel intelectual. No presentaba antecedentes familiares de enfermedad mental u otros trastornos mentales. En el momento de consulta convivía con sus padres.

Motivo de consulta

La paciente acudió a consulta por queja de sintomatología ansioso-depresiva. No salía apenas de casa y sus hábitos de vida no eran saludables. No mostraba una rutina de sueño adecuada, presentaba desmotivación y apatía. Mantenía relaciones interpersonales muy escasas y la calificaba negativamente la convivencia con su familia. La paciente se negaba a asistir a su centro educativo y no deseaba afrontar los exámenes ni ver a sus compañeros de clase.

Historia y evolución del problema

Sus problemas de ansiedad y alteración del estado de ánimo se remontaban años atrás desde el inicio de la adolescencia, pero se vieron incrementados en los últimos meses. Su problema comenzó tres años antes de acudir por primera vez a consulta, cuando la paciente manifestó haberse sentido fuertemente criticada por su grupo de iguales. Las primeras conductas de evitación que aparecieron estaban relacionadas con el absentismo escolar fingiendo dolencias físicas. Inicialmente, las faltas de asistencia eran de una vez cada dos semanas (aproximadamente) hasta convertirse en un hábito que finalmente terminó con el abandono académico. Las conductas de evitación de las relaciones interpersonales aparecieron algún tiempo después, evitando al principio a las personas relacionadas con su centro educativo y más tarde a cualquier persona con la que no tuviera previamente un vínculo afectivo y estable. Su ocio se limitó cada vez más a grupos de redes sociales online, a través de las que mantenía contacto con adolescentes de su mismo perfil. Las crisis de ansiedad y el sentimiento de incompetencia fueron en aumento a medida que se desarrollaba el patrón de inhibición por miedo a la evaluación negativa y el rechazo. Del mismo modo, la paciente se mostraba reacia a asumir riesgos personales a implicarse en nuevas actividades porque le resultaban embarazosas.

Análisis funcional

Tras realizar el análisis funcional, se postuló que el problema de la paciente podría ser descrito como un proceso de reforzamiento negativo, en el que las conductas de evitación eliminarían un estímulo aversivo. Estas respuestas serían evocadas por síntomas de la tríada ansiosa y se generalizarían a las diversas situaciones creando y manteniendo el problema. Del mismo modo, la falta de actividad ocasionaría la pérdida de reforzadores positivos, que explicaría el bajo estado de ánimo.

EVALUACIÓN

Como estrategias de evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos, que se aplicaron antes del tratamiento, después de la intervención y en un seguimiento a los dos meses:

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID)* (First et al., 2016). Se trata de una entrevista clínica semiestructurada que puede usarse para formular diagnósticos de forma tanto categorial como dimensional que utiliza criterios DSM-5.

- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV)* (Millon et al., 2018). Cuestionario que valúa varios patrones de personalidad y síndromes clínicos. Se considera que una puntuación de prevalencia entre 75 y 85 indica rasgos clínicos de personalidad, mientras que a partir de una puntuación de 85 indica un nivel de funcionamiento más grave.

Tratamiento psicológico y alianza terapéutica en un caso de trastorno de personalidad por evitación.

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger et al., 2015). Cuestionario de ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente. Puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad. Los puntos de corte establecidos son 0-19 ansiedad mínima, 20-28 ansiedad leve, 29-39 ansiedad alta y 40-60 ansiedad severa.

Diagnóstico

La paciente cumplía criterios diagnósticos para el TPE, así como puntuaciones clínicamente significativas en el patrón de personalidad evitativo del MCMI-IV (entre otros) previo al inicio de la intervención. Se realizó el diagnóstico diferencial con la fobia social, llegando a la conclusión de que los problemas de la paciente no se limitan específicamente a las situaciones sociales que pudieran dar lugar a vergüenza pública, sino a una ansiedad generalizada con temor a la crítica y al rechazo más propio del TPE.

TRATAMIENTO

Selección del tratamiento

Algunos ensayos clínicos demuestran mayor eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento del TPE comparada con la ausencia de tratamiento o con otros enfoques terapéuticos (Emmelkamp et al., 2006; Nathan et al., [2015](#)). Por otra parte, también existen otras investigaciones que sugieren la terapia de aceptación y compromiso y la terapia centrada en esquemas como otros posibles abordajes de utilidad clínica para este trastorno (Hopwood y Thomas, 2014; Luciano et al., 2005). Debido al planteamiento del caso, se decidió aplicar la TCC. Según este modelo, el patrón de evitación es un mecanismo de afrontamiento desadaptativo frente a la ansiedad que se mantiene por reforzamiento negativo y que dicho proceso está por creencias y pensamientos erróneos, lo que concuerda con nuestro análisis funcional previamente formulado.

Descripción del proceso terapéutico

La aplicación del tratamiento consistió en 16 sesiones de una hora de duración aproximadamente. Las sesiones de 1 a 8 tuvieron una periodicidad semanal y las sesiones de 9 a 16 una periodicidad quincenal. Además, se llevó a cabo una sesión de seguimiento a los dos meses. Se exponen a continuación los objetivos y las técnicas utilizadas durante el tratamiento, así como su aplicabilidad específica en este caso:

Sesión 1

- **Objetivos:** Aumentar la motivación al cambio y el compromiso con el tratamiento.
- **Técnicas:** Balance decisional y entrevista motivacional. Estas técnicas consisten en analizar las ventajas e inconvenientes que se desprenderían de un cambio en los patrones de conducta de la paciente. Además, se confronta su situación ideal con la situación actual para crear discrepancia entre ellas.
- **Desarrollo:** Como era de esperar, se observó ambivalencia en los deseos de la paciente. Por un lado, mostraba una actitud favorable al tratamiento, ya que refería no

querer “seguir sintiéndose mal”. Por otro lado, expresaba que sus anteriores intentos de cambiar habían fracasado y eso le había hecho “sintiéndose peor” (algo que pudo afianzar el TPE). Se preguntó a la paciente por aspiraciones vitales y se vislumbró que quería estudiar una carrera universitaria y que le gustaría tener algún amigo/a. Sin embargo, esto era incompatible con el patrón de evitación que presentaba, por lo que ella misma concluyó que la mejor opción era iniciar el tratamiento.

Sesión 2

- **Objetivos:** Conocer los síntomas y el problema a tratar.
- **Técnica:** Psicoeducación. La psicoeducación es una estrategia terapéutica que se basa en la premisa de que el paciente, una vez conoce el motivo de sus síntomas y cómo estos se expresan, es capaz de adoptar cambios en su propio beneficio.
- **Desarrollo:** Se le explicó a la paciente los componentes de físico, cognitivo y conductual de la ansiedad para que entendiera qué estaba experimentando. A continuación, se expuso cómo la evitación jugó un papel decisivo en el mantenimiento de su ansiedad. Para ellos se utilizaron dibujos de sucesivas curvas de ansiedad. A su vez, se introdujo el concepto de “hipervigilancia” para que entendiera que su tendencia era buscar y anticipar los estímulos temidos (sesgo atencional). Se utilizaron ejemplos de su propia vida como su miedo a fracasar en actividades nuevas o a ser criticada por sus iguales. Del mismo modo, se le explicó que a raíz de dejar de hacer actividades se sintió cada vez más deprimida. Por todo ello, se llegó a la conclusión de que, en realidad, los síntomas que estaba teniendo eran producto de un patrón evitativo de conducta y que era precisamente eso lo que había que modificar.

Sesiones 3-4

- **Objetivo:** Mejorar hábitos de vida.
- **Técnicas:** Higiene del sueño, instauración de rutinas y activación conductual. Se sabe que un componente fundamental de los tratamientos psicológicos es la reestructuración de hábitos de vida saludable perdidos. En ese caso, vimos fundamental ajustar sus patrones de sueño e incentivar actividades cotidianas.
- **Desarrollo:** Antes de comenzar con el tratamiento per se para el TPE, se le explicó a la paciente que previamente era necesario cambiar algunos hábitos que se habían instaurado en su día a día y que, de no modificarse, complicarían el resto de la terapia. Se comenzó con regular las horas y la calidad de su sueño, ya que, como no tenía obligaciones ni rutinas, podía quedarse hasta altas horas de la noche con dispositivos informáticos. Se le explicó a la paciente la importancia de regular los ritmos circadianos. Para ello se le pidió que después de cenar utilizara lo mínimo posible sus diversos dispositivos y se propusiera otras actividades como la lectura. Además, debía de levantarse de la cama dentro de una franja horaria pactada. Por otro lado, se propuso un cambio en sus rutinas básicas, como la de comer a la misma hora que y con su familia y no en su cuarto cuando le apeteciera. Por último, se animó a la paciente a hacer actividades que fueran placenteras para ella, pero que supusieran poca carga emocional (para contrarrestar la pérdida de reforzadores positivos) como dibujar manga, jugar a juegos de mesa o pasear a su perro.

Sesiones 5-8

- **Objetivo:** Cambio en el patrón de pensamientos disfuncionales.
- **Técnicas:** Diálogo socrático, reestructuración cognitiva y fecha descendente. Estas técnicas se basan en el cuestionamiento de los pensamientos y creencias del paciente, explorándolos de menor a mayor profundidad, señalando los errores y generando patrones cognitivos nuevos más adaptativos.
- **Desarrollo:** Las principales creencias irracionales que presentaba la paciente y que debían desactivarse versaban sobre las relaciones sociales (sobreevaluación de la amenaza) y sobre sus propias capacidades (infravaloradas), tanto para relacionarse con sus congéneres como para aprender cualquier actividad nueva. Se detectaron pensamientos automáticos del tipo “van a descubrir que no soy suficientemente válida”, “los demás pueden criticarme y hacerme daño en cualquier momento” o “mientras no tenga contacto con personas que puedan rechazarme estaré segura”. Estos pensamientos concuerdan con los propuestos por Beck et al. (1990) para el TPE. A pesar de la reticencia para el uso de un auto-registro, se insistió en su uso como tarea fuera de las sesiones para fomentar la atención hacia sus propios pensamientos. Se consiguió así que, por una parte, la paciente fuera capaz de detectar cuándo estaba teniendo esta clase de pensamientos y, por otra parte, que pudieran modificarlos por otros más racionales del estilo “la gente no suele estar pendiente exclusivamente de mi conducta” o “no tengo suficientes pruebas para decir que personas que no conozco vayan a hacerme daño”.

Sesiones 9-11

- **Objetivos:** Aumentar la tolerancia a la ansiedad y disminuir evitaciones.
- **Técnicas:** Exposición gradual a estímulos aversivos. Esta técnica tiene su fundamento en los principios del aprendizaje y busca la habituación en las respuestas de una persona frente a estímulos repetidos en el tiempo.
- **Desarrollo:** Se le explicó a la paciente que era momento de enfrentar algunas de las situaciones temidas y que, como actualmente no se iban a dar por sí mismas, habría que provocarlas. A pesar de su reticencia, se consiguió hacer el siguiente programa de exposición, de menor a mayor dificultad:
 - a) Salir de su cuarto y estar con su familia en casa durante 1 hora
 - b) Ir a comprar a un centro comercial e interactuar con atención al cliente
 - c) Iniciar una conversación con alguien desconocido (pedir la hora)
 - d) Asistir a una reunión con sus antiguos amigos
 - e) Iniciar una actividad de ocio/deportiva nueva que implicara relacionarse
 - f) Asistir de forma regular a su centro educativo
 - g) Presentar una exposición a su clase
 - h) Compartir aspectos personales íntimos con alguien de confianza

El proceso de habituación a los síntomas de ansiedad no fue lineal. De hecho, como era de esperar, después de la sesión 11, aun no se habían completado todos los hitos de exposición propuestos, pero se iban consiguiendo logros progresivos. A pesar de que las sesiones posteriores estarían enfocadas en otros aspectos, esta exposición no se perdió de vista a partir de este momento. En este punto, hizo falta la colaboración de la familia,

ya que se necesitó su apoyo para, por ejemplo, comenzar con clases de equitación (la paciente tenía pasión por los animales).

Sesiones 12-13

- **Objetivo:** Aumentar y mejorar el repertorio de conductas sociales.

- **Técnicas:** Entrenamiento en habilidades sociales con role-playing y resolución de conflictos. Las habilidades sociales son muy importantes en trastornos donde la interacción con otras personas puede suponer un problema. Además, el hecho de que nuestra paciente hubiera estado casi aislada durante un largo periodo de tiempo, hizo que estas se mermaran. El role-playing (o interpretación de roles) consiste en escenificar situaciones sociales en la que terapeuta y paciente se van intercambiando los papeles para aprender a dar respuestas asertivas y pro-sociales.

- **Desarrollo:** Principalmente se trabajaron las siguientes habilidades, ya que se detectó un déficit más llamativo en ellas: a) solicitar más información en forma de pregunta para verificar el mensaje de la otra persona cuando este es ambiguo y pueda ser interpretado por la paciente como una crítica destructiva; b) revelar al interlocutor como se está sintiendo la paciente para intentar pedir un cambio en la comunicación; y c) reconocer la parte de razón en el discurso del interlocutor para posteriormente dar nuestro punto de vista (banco de niebla). Una vez entendidas las estrategias de comunicación por parte de la paciente se procedió a poner ejemplos reales de su vida para ver cómo podría haberlas aplicado. Por último, se escenificaron en consulta varias escenas previamente diseñadas en las que la paciente debía dar la mayor cantidad de respuestas asertivas posibles. Una vez finalizado el ejercicio, se comentaron aciertos y errores. La intervención se centro en las situaciones que más malestar le ocasionaban a la paciente, es decir, aquellas que tenían que ver con potenciales conflictos interpersonales (ya que estos podían significar para ella que los demás la juzgaban o criticaban). Se incitó a la paciente a que diera su punto de vista en relación a temas de controversia social, primero con su familia y, después, con su grupo de iguales para desarrollar las habilidades asertivas previamente aprendidas.

Sesiones 14-15

- **Objetivo:** Aumentar la capacidad de gestionar situaciones de estrés.

- **Técnicas:** Respiración diafragmática, relajación muscular y manejo del tiempo. Estas técnicas buscan disminuir el nivel de activación física provocada por una situación específica. Por una parte, la respiración consciente se centra en no disminuir la cantidad ni la frecuencia de oxígeno del organismo (lo que provoca síntomas físicos). Por otra parte, la relajación muscular se centra en destensar aquellas partes del cuerpo más afectadas por la ansiedad y, por último, el manejo del tiempo tiene por objetivo encontrar los momentos para “recuperar” energía después de una situación de estrés.

- **Desarrollo:** Se le explicó a la paciente cómo se producían cambios inconscientes en la respiración y en los músculos cuando se percibía una situación de estrés. Posteriormente, se hicieron ejercicios en consulta de respiración y de relajación muscular para que los aprendiera. Como tareas se propuso un entrenamiento en relajación a través de un audio que el terapeuta había grabado previamente. Debido al

rasgo de ansiedad latente de la paciente, se estimó conveniente instalar un tiempo de recuperación que no funcionaran como conductas de evitación, sino que estuvieran destinados a rebajar el nivel de tensión y activación. Este último punto fue recibido con agrado por la paciente, que decidió que cuando hubiera pasado un día de mucho estrés podía pedir a su familia un rato a solas en su habituación.

Sesión 16

- **Objetivo:** Prevenir recaídas (volver al patrón evitativo generalizado).

- **Técnicas:** Balance de resultados y previsión de situaciones difíciles. El balance de resultados consiste en exponer los avances logrados y reforzarlos. La previsión de situaciones consiste en hacer una búsqueda de qué circunstancias podrán llevar a un retroceso en su problema y anticipar posibles soluciones.

- **Desarrollo:** Se buscó que la paciente fuera consciente de que, al principio, no se vería capaz de hacer muchas de las cosas que había conseguido. Se reforzó dicho *insigh* para potenciar su autoestima. Por otra parte, la paciente refirió que no sabía cómo iba a reaccionar si volvía a experimentar una situación de rechazo explícito por parte de otras personas, como podría ser un rechazo amoroso. Se le reconoció el miedo al rechazo como una parte natural del ser humano para normalizar sus emociones, a la vez que se potenciaba una visión de sí misma en la que ya tenía recursos para afrontar situaciones de ese tipo.

Durante todo el proceso, y de forma transversal, se cuidó minuciosamente la AT, que fue medida a través del *Inventario de Alianza Terapéutica (WAI)* (Corbella et al., 2011). Se trata de un cuestionario compuesto por tres sub-escalas con 12 ítems cada una con 7 posibilidades de respuesta tipo Likert. Dichas escalas evalúan la AT desde el modelo de Bordin (1979): vínculo emocional, acuerdo en los objetivos y acuerdo en las tareas y las puntuaciones pueden oscilar entre 0-84 para cada una de ellas. El WAI fue administrado en la sesión 5, 10 y 15 del tratamiento con el objetivo de comprobar y mantener a niveles óptimos la AT. Para favorecer la AT, se presentó atención a las tres áreas anteriormente mencionadas según las siguientes premisas:

a) Vínculo emocional: Al principio de cada una de las sesiones el terapeuta preguntó por las necesidades de la paciente, independientemente de que tuvieran relación o no con el objetivo particular de la sesión. De la misma manera, se intentó no acabar ninguna sesión con un clima discordante o tenso entre paciente y terapeuta. Por último, se tuvo especial sensibilidad para no juzgar los miedos de la paciente y validar sus respuestas emocionales siempre que fue posible.

b) Acuerdo en objetivos: Al comenzar una nueva sesión se repasaban los objetivos marcados en la anterior para aclarar dudas o resolver complicaciones. Además, se instaba a la paciente a pedir clarificaciones en cuanto a los objetivos que se marcaban.

c) Acuerdo en tareas: Se finalizaron las sesiones comprobando que la paciente había entendido los motivos de nuestras peticiones e intervenciones, así como se era

flexible en las tareas que se proponían fuera de las sesiones para que no fueran impuestas, sino consensuadas.

RESULTADOS

Eficacia de la intervención

En el momento de finalizar el tratamiento había pasado un mes desde que la paciente no experimentaba conductas de evitación y afrontaba situaciones nuevas. La sintomatología ansiosa disminuyó considerablemente, especialmente a la hora de la exposición social. Así mismo, fue capaz de adquirir nuevos hábitos de vida. En la sesión de seguimiento a los dos meses, la paciente afirmaba sentirse con buen estado de ánimo y que estaba centrada en acabar sus estudios. La relación familiar había mejorado y se sentía partícipe de las decisiones que se tomaban en casa y realizaba actividades de ocio junto a sus padres y hermana. A pesar de expresar que había momentos donde sentía vergüenza y timidez, se mostraba capaz de afrontarlos.

La Tabla 1 muestra las puntuaciones de las medidas clínicas llevadas a cabo al inicio, final y seguimiento de la intervención. En el caso del MCMI-IV solamente se recogieron los patrones de personalidad y los síndromes clínicamente significativos en la línea base. Se apreció una disminución clínicamente significativa con respecto a la línea base en el post-tratamiento para todos síndromes. En la fase de seguimiento las puntuaciones siguieron indicando buenos resultados terapéuticos, aunque fueron ligeramente superiores. Los resultados del STAI mostraron una disminución de los niveles de ansiedad/estado y ansiedad/rasgo tanto en el momento de finalizar el tratamiento como en el seguimiento posterior con respecto a la línea base. Del mismo modo, la paciente dejó de reunir los criterios suficientes según DSM-5 para el diagnóstico de TPE tanto en el post-tratamiento como en la fase de seguimiento.

	Línea base	Post-tratamiento	Seguimiento
MCMI-IV			
Evitativo	92	66*	71*
Dependiente	77	71*	66*
Ansiedad	93	72*	69*
Distímico	85	65*	68*
STAI			
Estado	36	21*	25*
Rasgo	34	28*	29

Tabla 1. Medidas clínicas en las distintas fases del tratamiento. *Cambio significativo.

El factor de la alianza terapéutica

Los resultados en WAI (Figura 1) mostraron como el vínculo terapeuta-paciente aumentó progresivamente en las tres mediciones realizadas a lo largo del tratamiento. Sin embargo, la puntuación en las sub-escalas “acuerdo en los objetivos” y “acuerdo en las tareas” disminuyeron en la sesión 10. Tras obtener este resultado, se estudió su posible motivo y se dilucidó que la paciente era reticente a la propuesta de exposición porque no había logrado entender la fundamentación teórica detrás de la misma. Por este motivo, se invirtió mayor esfuerzo en argumentar los principios del aprendizaje en relación a las respuestas de ansiedad y la necesidad de experimentar sus síntomas de forma gradual. De esta manera, en la última medición en la sesión 15 se observó como estas dos sub-escalas obtuvieron puntuaciones elevadas, que indicaban buenos resultados en la AT.

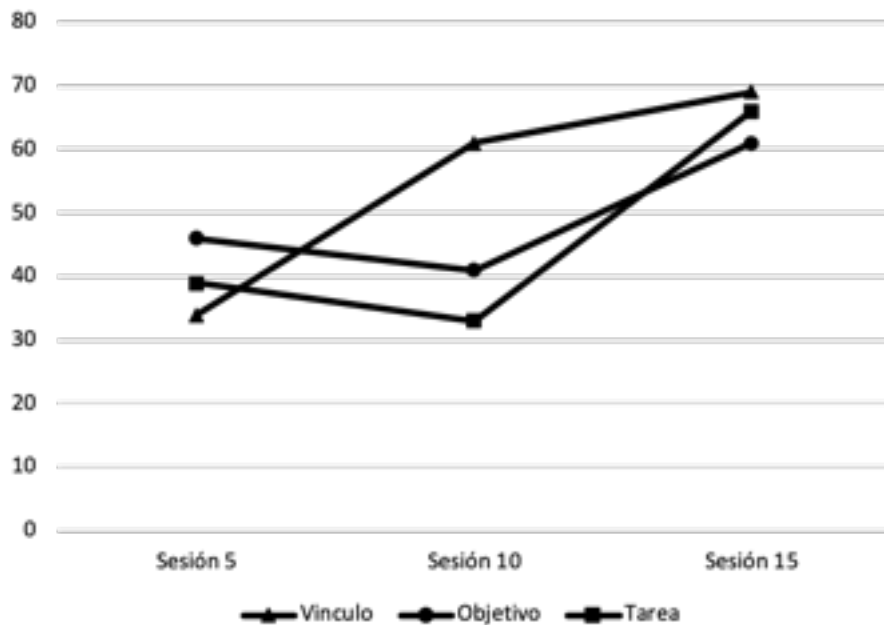


Figura 1. Sistema de respuesta al WAI en tres momentos del tratamiento.

DISCUSIÓN.

Se lograron cumplir los objetivos terapéuticos planteados y el resultado del tratamiento fue satisfactorio. No obstante, debemos de tener en cuenta algunos factores que pudieron beneficiar al tratamiento en este caso y que podrían no estar presentes en otros. En primer lugar, la edad de la paciente, la rápida detección del trastorno y su abordaje temprano permitieron que las conductas problema no se enquistaran en el tiempo y fuera más difíciles corregirlas. Del mismo modo, el buen apoyo familiar fue fundamental para la motivación al cambio. Por último, el alto nivel intelectual que presentaba la paciente proporcionó la capacidad de abstracción y comprensión necesarias para entender las fundamentaciones teóricas detrás de las pautas terapéuticas.

El control sistemático de la AT pudo tener un gran efecto en el éxito de la intervención, ya que se pudieron detectar y remediar deficiencias en la misma. Es muy probable que de no haber evaluado detenidamente la AT, no se hubiera logrado efectuar con éxito el programa de exposición diseñado para nuestra paciente (por abandono terapéutico, resistencia a la exposición u otros motivos). Este caso muestra como, a pesar de poner énfasis en el cuidado de la AT, esta puede verse afectada a lo largo del proceso terapéutica e interferir en el mismo. A pesar de que se ha demostrado la importancia de la AT en los casos de TPE (Coyne et al., 2019; Tufekcioglu et al., 2013), no es frecuente encontrar estudios que la evalúen de forma sistemática en distintos momentos del tratamiento. De este modo, nuestro estudio de caso apoya la idea de que el cuidado de la AT ayudaría a aumentar la regularidad en la asistencia a las sesiones de tratamiento y a la implicación en el mismo por parte del paciente. Se recomienda, por tanto, evaluar la AT dentro de contextos clínicos de una manera más exhaustiva para poder mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos del TEP.

CONCLUSIONES

Desde que Hartely (1985) describiera la AT como la relación existente entre paciente y terapeuta dentro del proceso de intervención, la comunidad científica y clínica es consciente de su importancia a la hora de abordar los trastornos mentales. Sin embargo, no es frecuente evaluar la AT de forma objetiva dentro contextos clínicos. Este estudio de caso sugiere que no se debe de asumir el buen estado de la AT durante el tratamiento, especialmente en perfiles de pacientes con tendencia a la evitación y a la ansiedad interpersonal como pueden ser aquellos pacientes con diagnóstico de TPE. Así mismo, la literatura que aborda los trastornos de la personalidad desde la TCC no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas (Caballo, 2001), por lo que este trabajo podría servir de guía para otros profesionales en el futuro.

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivos-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance

Inventory-Short (WAI-S) (Psychometric properties of Spanish version of Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Canales de Psicología*, 27, 298-301.

- Coyne, A. E., Constantino, J., Westra, H. A. y Antony, M. M. (2019). Interpersonal change as a mediator of the within- and between-patient alliance-outcome association in two treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(5), 472-483. doi: 10.1037/ccp0000394.
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. y van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64. doi:10.1192/bjp.bp.105.012153.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamín S. L. y Spitzer, R. L (2016). User's guide for the SCID-5-PD structured clinical interview for DSM-5 personality disorders. *SCID-5-PD. Structured clinical interview for DSM-5 personality disorders*. American Psychiatric Association.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. y Pickering, R. P. (2004). Prevalence, Correlates and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958. doi: 10.4088/jcp.v65n0711.
- Hales, D. J. y Hyman, M. (2013). Trastornos de la personalidad II. En Oldham, Jhon y Fowler, Christopher (Coord.) *Focus. Apa lifelong learning in psychiatry*. Medical Trends.
- Hartley, D. (1985). Reserach on the therapeutic alliance in psychotherpay. In American Psychiatric Association (Ed.), *Psychiatry update anual review* (pp. 532-549). American Psychiatric Association Press.
- Hopwood, C. J. y Thomas, K. M. (2014). Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders. *Evidence Based Mental Health*, 17(3), 90-91. doi:10.1136/eb-2014-101858.
- Konzag, T. A., Bandemer-Greulich, U., Bahrke, U. y Fikentscher, E. (2004). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(4), 394-405
- Lampe, L. y Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55-66. doi:10.2147/prbm.s121073.
- Lingiardi, V., Filippucci, L. y Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53. doi:10.1080/10503300512331327047.

Corpas, J. y Jiménez, T.

Luciano, C., Gutiérrez, O. y Rodríguez, M. (2005). Análisis de los contextos verbales en el trastorno de evitación experiencial y en la terapia de aceptación y compromiso. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (2), 333-358.

Millon, T., Davis, R., Millon, C. y Grossman, S. (2018). *Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-IV)*. PsychCorp. Pearson.

Nathan, P. E., Gorman, J. M., Crits-Christoph, P., y Barber, J. P. (2015). *A guide to treatments that work*, (4ª ed). Oxford University Press.

Spielberger, R.D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2015). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. TEA ediciones. España.

Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D. y Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646-657. doi: 10.1080/10503307.2013.843803.