



FUNCIONAMIENTO DE LA TERAPIA COGNITIVO-INTERPERSONAL EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: ESTUDIO DE DOS CASOS

JAVIER PRADO-ABRIL¹, JAVIER GARCÍA-CAMPAYO² Y SERGIO SÁNCHEZ-REALES³

¹ Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

² Hospital Universitario Miguel Servet y Universidad de Zaragoza, España

³ Hospital General de Elche, Alicante, España

Resumen: Existe un amplio consenso acerca de que el núcleo de la psicopatología implicada en los trastornos de personalidad (TPs) se compone de disfunciones del self y de patrones interpersonales inflexibles y crónicos. El diseño de los tratamientos para los TPs exige un elevado grado de complejidad, el uso de diferentes dispositivos y una especial atención a la alianza terapéutica. La terapia cognitivo-interpersonal (TCI) posee características específicas congruentes con algunas de las modalidades disfuncionales implicadas en los TPs que la convierten en una opción a considerar. Por ello, mediante el análisis exhaustivo de 2 casos clínicos se persigue el objetivo de mostrar la bondad de la TCI. Los resultados avalan la efectividad de la TCI para lograr ciertos cambios sintomáticos que son fundamentales en las primeras fases de los tratamientos de los TPs.

Palabras clave: Terapia cognitivo-interpersonal; trastornos de la personalidad; alianza terapéutica.

Efficacy of interpersonal-cognitive therapy in personality disorders: two cases

Abstract: There is a broad consensus that the core of psychopathology implicated in personality disorders (PDs) consists of dysfunctions related to the self and chronic and inflexible interpersonal patterns. The design of treatments for PDs requires a high degree of complexity, the use of different interventions and special attention to the therapeutic alliance. Interpersonal-cognitive therapy (ICT) is a treatment option to consider because of specific characteristics consistent with some of the dysfunctional patterns involved in PDs. Therefore, the objective of this exhaustive analysis of two cases is to confirm the efficacy of ICT. The results warrant the efficacy of ICT in achieving certain symptomatic changes, fundamental for the first sessions.

Keywords: Interpersonal-cognitive therapy; personality disorders; therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

Trabajar con pacientes que sufren trastornos de la personalidad (TPs) está mediatizado por la dificultad que tienen en sus relaciones interpersonales para formarse una representación del otro razonable, polifacética y realista, incluidos sus terapeutas (Dimaggio et al., 2009). Tienen problemas para comprender que no son siempre el centro principal de los pensamientos de los

demás o que estos pueden tener una perspectiva diferente de la suya. Dicha dificultad en descenderse de sus propios estados mentales y emocionales está en el corazón de las disfunciones de la personalidad. Sobre este núcleo psicopatológico existe un importante consenso en la literatura que señala que se compone de disfunciones del self o sí-mismo y de patrones interpersonales inflexibles y crónicos (Bateman y Fonagy, 2004; Clarkin, 2006; Magnavita, 2010). Como subraya Belloch (2010) se trata de alteraciones del funcionamiento global de la persona, de su modo de ser y de estar en el mundo, lo que los diferencia de los síndromes clínicos del eje I del DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text

Recibido: 29 enero 2013; Aceptado: 19 mayo 2013.

Correspondencia: Javier Prado Abril, Hospital Universitario Miguel Servet, Paseo Isabel La Católica, 1-3, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Planta 6ª, 50009 Zaragoza. Correo-e: jpradoabril@gmail.com

revised; American Psychiatric Association, APA, 2000), de naturaleza más circunscrita. Ello implica que el diseño de los tratamientos para los TPs exija un elevado grado de complejidad, el uso de diferentes dispositivos y una especial atención a la alianza terapéutica (Fernández-Álvarez, 2010). Y en este sentido, se hacen comprensibles las conclusiones de Lambert (2004) de que tratamientos de diferentes orientaciones han resultado efectivos, probablemente porque se enfocan sobre algunos de los aspectos importantes que contribuyen de manera indirecta a un cambio más profundo y nuclear.

La terapia cognitiva (TC), desde que fuera desarrollada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), ha expandido tanto su ámbito de actuación como el modo de entender qué es la psicoterapia cognitiva (véase para una revisión exhaustiva, Semerari, 2002). En el campo que nos ocupa, sin ser exhaustivos, existen los excelentes trabajos de Beck y Freeman (1990) y Young, Klosko y Weishaar (2003). Sin embargo, cabe destacar, por contemporánea, la terapia cognitivo-interpersonal (TCI) de Safran y Segal (1990) que constituye una TC estándar que integra de un modo riguroso los desarrollos de la tradición interpersonal que iniciara Sullivan (1953). El abordaje que Safran y Segal (1990) plantean, aunque no fue un desarrollo específico para los TPs como los otros trabajos comentados, es especialmente relevante a la luz de lo que actualmente sabemos sobre el papel central que juegan los aspectos interpersonales y la alianza terapéutica en el éxito de las intervenciones con los TPs.

La TCI se centra en el rol del vínculo terapéutico en la TC y en la naturaleza de la relación entre procesos cognitivos e interpersonales. Se basa en una epistemología constructivista que descarta la noción tradicional de un terapeuta objetivo y neutral, donde la persona del terapeuta es entendida como un ser humano con sus propias dificultades de comprensión y zonas de sensibilidad, que interactuarán inevitablemente con los problemas y puntos sensibles del paciente. Adopta una perspectiva de proceso psicoterapéutico donde se enfatizan tres mecanismos de cambio específicos: (a) *descentramiento*, experimentar el propio rol en la cons-

trucción de la realidad, (b) *desmentido experiencial*, rebatir creencias disfuncionales acerca del self y los otros mediante nuevas experiencias, y (c) *acceso a información sobre disposiciones a la acción*, descubrir aspectos de la propia experiencia interior de los que previamente no se tenía conciencia. Los tres mecanismos son los responsables del desarrollo de una nueva experiencia que significa experimentar el sí-mismo y a los demás de nuevas maneras, más que una comprensión conceptual o un análisis racional. Estos cambios estarán mediados por la relación terapéutica; por ejemplo, un terapeuta que busca desafiar la creencia de un paciente de que los demás le critican, pero lo hace de un modo crítico, estará reforzando en última instancia esa creencia, del mismo modo que el terapeuta que desarrolla una extensa actividad para cuestionar la creencia del paciente de no poder valerse por sí mismo (Safran y Muran, 2000; Safran y Segal, 1990).

Para comprender el proceso de cambio, aparte de la delimitación de los mecanismos a través de los que operan las técnicas específicas (Caro-Gabalda, 2011; Kazdín, 2007) es importante un modelo teórico adecuado, que además de explicar cómo se procesa la información, permita la integración de los procesos afectivos, cognitivos y conductuales en un contexto interpersonal. En este sentido, la TCI de Safran y Segal (1990) es tanto interpersonal como cognitiva. Es interpersonal porque parte del supuesto fundamental de que los seres humanos son por naturaleza criaturas interpersonales y que ello tiene profundas implicaciones para el desarrollo humano, los problemas clínicos y la psicoterapia, y es cognitiva porque pone el acento en el modo en que las personas construyen representaciones de su experiencia.

Sin embargo, pese a su sugerente armazón teórico, la TCI tal y como fue conceptualizada originalmente por Safran y Segal (1990) no ha gozado de la suficiente investigación, apoyo empírico y control experimental que exige la psicología clínica basada en la evidencia (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010; Moriana y Martínez, 2011). No obstante, existen estudios que avalan su eficacia en población clínica general y TPs (Muran et al., 1995; Muran, Safran, Samstag y Winston, 2005; Samstag et al., 2008).

Quizá los motivos de esta carencia de investigación sistemática se deban al hecho de que los autores pronto traspasaron el modelo cognitivo para centrarse de un modo minucioso en el análisis de constructos como el de *ruptura de la alianza terapéutica* y el de *reconstrucción relacional de la alianza*, conceptos ambos de carácter transteórico y que han guiado su investigación a través de diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Safran y Muran, 1996, 2011; Stevens, Muran, Safran, Gorman y Winston, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior y dado que el objetivo aquí es mostrar, en una primera aproximación, la bondad de la TCI para los TPs, nos parece apropiado un diseño sobre la base de estudios de caso único (Stiles, 2005). Estudios como este no están destinados a probar teorías como los que emplean grandes muestras, pero ayudan a la construcción de teorías heurísticas (Dimaggio et al., 2009). Esta estrategia permite mediante el análisis exhaustivo de los casos clínicos la formulación de hipótesis sobre los mecanismos de cambio. Hipótesis que posteriormente se pueden operativizar y probar estadísticamente en muestras más grandes.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio son 2 pacientes caucásicos diagnosticados como TPs mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). Ambos dieron consentimiento informado por escrito para que sus datos clínicos fueran utilizados en la presente investigación.

Los pacientes fueron derivados desde el dispositivo de atención primaria a las consultas externas de salud mental del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS, Zaragoza) bajo sospecha de trastornos emocionales. En ambos casos, tras la exploración clínica, se diagnosticó un Trastorno Depresivo Mayor, una condición clínica de elevada prevalencia en el contexto de

los TPs (Belloch, 2010). Este punto es especialmente importante en el abordaje de los TPs ya que la depresión, fuera del contexto de las disfunciones de la personalidad, constituye un cambio en el estado de ánimo y la forma de ser habitual de las personas que la padecen. En cambio, en el caso de los TPs, la depresión, como síndrome clínico, o el malestar en sentido amplio, suele ser una consecuencia de su particular modo de ser (Benjamin, 2008; Dimaggio y Norcross, 2008; Magnavita, 2010). Ello hace necesario una sensibilidad por parte de los clínicos hacia los matices diferenciales entre un cuadro clínico del eje I y las consecuencias de un cuadro del eje II que, dados los sistemas nosológicos actuales, son susceptibles de recibir la etiqueta de un síndrome del eje I.

El paciente A, varón de 54 años, presentaba los siguientes diagnósticos clínicos y de la personalidad (APA, 2000): Eje I = 296.32 Trastorno Depresivo Mayor Recidivante, episodio grave; eje II = 301.4 Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad (TOCP) y 301.82 Trastorno de la Personalidad por Evitación. A, el mayor de 3 hermanos, creció en el seno de una familia disfuncional donde el padre era bebedor habitual y tanto A como su madre sufrieron maltrato físico. Su adolescencia, según relata, transcurrió a caballo entre los intentos por controlar la situación en el hogar y una actividad académica escrupulosa y responsable en busca del ideal de convertirse en médico para ayudar a los demás. La entrevista clínica nos orientaba a que ciertas creencias nucleares del TOCP, como la importancia del control, la meticulosidad o el perfeccionismo, se empezaron a gestar en esta época clave en el desarrollo del self. Con 17 años, abandona el hogar familiar para estudiar medicina en otra comunidad autónoma, lo que genera sentimientos de culpabilidad por «*haber abandonado a la familia*». El análisis histórico del caso revelaba un patrón consistente de egosintonía con dicho modo de ser y una progresiva convicción de que ése era el modo «*correcto de percibir la realidad*», lo cual le había llevado a establecer relaciones interpersonales rígidas donde él debía procurar «*estar siempre y no fallar nunca*» tanto en su consulta, con su mujer, con los amigos de su pequeña ciudad de origen y con todo aquel que demandase su ayu-

da. Este funcionamiento procuraba una gran fuente de gratificaciones que, sin duda, constituían los agentes de mantenimiento y de consolidación de una visión del self auto-congruente. Pero, y así se discutió en muchas de las sesiones, dicho patrón de activación conductual permanente constituía una fuente de clara vulnerabilidad a la fatiga y a los problemas psicosomáticos y de salud en general. La inflexibilidad progresiva de este patrón lo convirtió en disfuncional, A quebró, dejó de poder dar todo y se inició un ciclo depresivo de pérdida de sentido de uno mismo, «ya no llegaba a todo», de pérdida de reforzadores sociales y de desencantos interpersonales, «me dejaron de lado». Al optar por una perspectiva cognitivo-interpersonal, debíamos explorar la posibilidad razonable de que existiera una construcción del sí-mismo y del mundo basada en el siguiente esquema nuclear: «si no estoy siempre para los demás, ellos me abandonarán», o variantes como «si no soy escrupulosamente perfecto en mi consulta, los pacientes no están bien atendidos y yo soy un mal médico». Como señalan Safran y Segal (1990) estos esquemas cognitivo-interpersonales guían y se auto-refuerzan en las relaciones interpersonales hasta que se tornan rígidos e inflexibles y dificultan el mantenimiento de relaciones funcionales y satisfactorias.

La paciente B, mujer de 25 años, presentaba los siguientes diagnósticos clínicos y de la personalidad (APA, 2000): eje I = 296.22 Trastorno Depresivo Mayor, episodio grave; eje II = 301.83 Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). B, natural de Rosario (Argentina), refiere tener la «típica familia argentina ideal, en las formas». La entrevista clínica sugiere que esta expresión denota significados personales como la idoneidad de reservarse las emociones, incluso no expresarlas, mantener las formas de conducta y apariencia y pasar largas sobremesas de «nostalgia sobre un mundo mejor, para no llegar a nada». A los 14 años, sufrió, según la interpretación de su relato, un trastorno mixto de la conducta alimentaria acompañado de un intenso malestar derivado del rechazo de su pareja sentimental por parte de su padre, relación que se veía obligada a mantener en secreto. La inestabilidad emocional, impulsividad y

sensación de angustia extrema características del TLP parecían estar presentes desde entonces, si atendemos a un intento autolítico que precisó ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Poco después de estos hechos, a los 15 años, «contra mi voluntad», por motivos laborales del padre, se trasladaron a Zaragoza y fue separada de su pareja, entrando en un «período muy oscuro de mi vida», donde su pareja, según refiere B, se olvidó de ella rápidamente, a pesar de haber decidido conjuntamente mantener la relación en la distancia. Las creencias y convicciones de invalidación e incapacidad personal se acrecentaron en la rivalidad mantenida con el padre durante la época universitaria, en Madrid, donde mantienen una relación invalidante en la que siente que no puede expresar sus sentimientos de enojo, ira y desaprobación mientras económicamente sea dependiente de él. Al finalizar sus estudios, vuelve a Zaragoza al núcleo de convivencia familiar donde su situación clínica empeora y finalmente llega a nuestra consulta. Tras el análisis histórico de la construcción del sí-mismo y las relaciones de pareja, basadas en un patrón rígido de aproximación y evitación alternante, establecimos la hipótesis cognitivo-interpersonal de que podrían existir esquemas del tipo: «si no me muestro lo suficientemente cercana a los demás no me querrán, pero si no mantengo la suficiente distancia e independencia personal me abandonarán», dilema que ejemplifica la extremosidad de su estilo de pensamiento dicotómico.

Instrumentos

Clinical Outcomes in Routine Evaluation—Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al., 2002. Traducción al español). Cuestionario auto-administrado de 34 ítems que evalúa el estado del paciente centrándose en las siguientes dimensiones: bienestar subjetivo (W), problemas/síntomas (P), funcionamiento (F) y riesgo (R). El formato de respuesta es de tipo Likert, desde 0 hasta 4. Es un instrumento diseñado sobre la base de una dimensión de problemas, por lo que cuanto mayor sea la puntuación total mayor es el malestar experimentado.

Inventario de Síntomas Revisado SCL-90-R (Symptoms Checklist-90-Revised; Derogatis, 1983. Versión española: González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez Abuín y Rodríguez Pulido, 2002). Inventario multidimensional de autoevaluación de síntomas, diseñado para medir el malestar psicológico general a partir de síntomas relacionados con varias dimensiones psicopatológicas. Consta de 90 ítems a los que el sujeto debe responder marcando el grado en el cual ese síntoma le ha causado molestias en las últimas semanas incluyendo el día en que se completa, según una escala que varía entre 0 (nada en absoluto) y 4 (de forma extrema). El SCL-90-R refleja el malestar psicológico en términos de las siguientes nueve subescalas: somatización (SOM), obsesión-compulsión (OBS), sensibilidad interpersonal (SEN), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (IDE) y psicoticismo (PSIC). Además, el SCL-90-R permite obtener un Índice General de Severidad (GSI). Los datos de fiabilidad (alfa de Cronbach) de las nueve dimensiones oscilan en valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna indican alta homogeneidad entre los ítems de cada dimensión y los coeficientes de fiabilidad y estabilidad temporal van de 0,78 a 0,90 con una semana de intervalo de aplicación.

Inventario de Alianza Terapéutica WAI-S (*Working Alliance Inventory-Short*; Corbella, Botella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2011). Inventario autoaplicado compuesto de 12 reactivos de respuesta tipo Likert de 7 puntos desde «nunca» a «siempre». Consta de tres subescalas que evalúan la alianza terapéutica (AT) desde el modelo de Bordin (1979): Acuerdo en los objetivos (M), Acuerdo en las tareas (T) y Vínculo emocional (V). La puntuación total del WAI-S puede fluctuar de 12 a 84 puntos. El coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) es de 0,91 y la consistencia interna para las tres subescalas es de 0,88 para T, 0,85 para M y 0,86 para V.

Procedimiento y descripción del tratamiento

Ambos pacientes recibían tratamiento farmacológico previo. El protocolo de evaluación

y el inicio de la intervención no se produjeron hasta llevar un mes y medio con dosis estables. Posteriormente, ambos pacientes recibieron TCI (Safran y Segal, 1990) en las consultas externas del HUMS durante 10 sesiones, con un lapso de 15 días entre sesiones y una duración de 90 minutos por sesión. Las sesiones se transcribieron íntegramente y el terapeuta fue el primero de los autores bajo supervisión especializada.

Los pacientes cumplieron el CORE-OM, SCL-90-R y WAI-S inmediatamente después de la conclusión de las sesiones 1 y 10. Dada la importancia que se concede a la alianza terapéutica en la TCI, tras la sesión 5, se midió con el WAI-S estableciéndose como variable de control y monitorización del curso del proceso psicoterapéutico.

En una forma de terapia cognitiva de orientación interpersonal, el terapeuta plantea las bases generales de la terapia cognitiva, es decir, lo fundamental de examinar la relación entre pensamiento y sentimiento, y la participación activa en distintos experimentos durante la semana (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), junto con la idea de que la relación terapéutica, a menudo, se utiliza como un laboratorio para explorar procesos cognitivos e interpersonales (Safran y Segal, 1990). En este sentido, la evaluación clínica se enfoca en los marcadores interpersonales para elicitar esquemas cognitivo-interpersonales que se someten a discusión y desmentido experiencial tanto en el foco de la sesión, a través de la relación terapéutica, como fuera de la misma con tareas entre sesiones. El objetivo es lograr cierto descentramiento de los significados y las acciones que se siguen de ellos y promover una flexibilización progresiva de los esquemas y patrones relacionales rígidos

Ambos diseños de tratamiento siguieron un planteamiento similar cuyos objetivos, formato y técnicas implementadas pasamos a describir. La TCI es un enfoque que promueve la exploración fenomenológica en lugar de la interpretación. Por ello, optamos por una duración de 90 minutos por sesión con el objetivo de incrementar la intensidad de las mismas y minimizar el riesgo de la tendencia del terapeuta a interpretar, dado que constituye un tiempo suficiente para que los fenómenos a

observar ocurran sin necesidad de provocarlos. Partimos de la base de que sólo los pacientes son expertos en los contenidos de su experiencia y que el terapeuta, durante las sesiones 1-3, debía estar atento al momento presente, con un papel activo monitorizando el estado de la alianza y los procesos cognitivos que se acompañaban de estados emocionales de moderada intensidad, para reflejarlos inmediatamente y evaluar la presencia de marcadores interpersonales emocionalmente inmediatos que permitieran, mediante diálogo socrático, profundizar sobre las creencias nucleares de los pacientes. Esta fase, perseguía el objetivo de realizar una conceptualización del esquema cognitivo-interpersonal del paciente, que se revisaría de un modo sistemático en las sesiones 4-6.

En la TCI se asume que los procesos cognitivos que se separan de las experiencias afectivas con las que se entrelazan no representan plenamente las experiencias de los pacientes. Por ello, una exploración emocionalmente mediatizada (sesiones 1-3) es condición necesaria para una reestructuración cognitivo-interpersonal (sesiones 4-6). En este sentido, las sesiones 4-6 se enfocaron, de un modo deliberado, al cuestionamiento del esquema cognitivo-interpersonal identificado, tomando el terapeuta su correspondiente responsabilidad en la interacción. En este contexto, de interacción terapéutica, es donde se exploran en profundidad los procesos interpretativos del paciente antes de identificar patrones interpersonales de forma explícita. Como regla, toda vinculación de la interacción terapéutica con otras relaciones

interpersonales sólo se efectúa después (sesiones 7-9) de que una interacción específica terapeuta-paciente ha sido explorada en profundidad, el terapeuta ha reconocido su participación en ella y el paciente ha adquirido una sensación y una experiencia íntima notable de la interacción (Safran y Segal, 1990). Este segmento de la TCI (aquí, sesiones 4-6) constituye el núcleo duro de la intervención y donde probablemente se juega la eficacia de la misma. El papel de la figura del supervisor clínico, observando la interacción, es fundamental debido al alto nivel de complejidad clínica implicada.

Las sesiones 7-9 persiguieron el objetivo de promover la generalización, tanto a través de la exploración en profundidad de acontecimientos interpersonales externos a la sesión, como mediante la elaboración y asignación de experimentos entre sesiones. Las creencias y expectativas que se descubrieron en las sesiones 4-6, a través de la relación terapéutica, se convierten en objetivos para el auto-examen del paciente. Finalmente, la última sesión se reservó para la recapitulación del proceso terapéutico, la implementación de estrategias de prevención de recaídas y el cierre del mismo.

RESULTADOS

Los 2 pacientes obtuvieron una mejoría clínicamente significativa después de 10 sesiones de TCI. Los resultados, evaluados en los momentos y con los instrumentos señalados, se pueden observar en las Figuras 1-4.

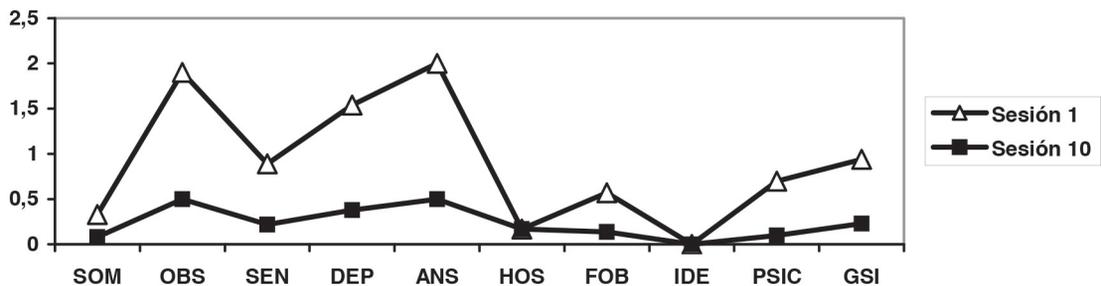


Figura 1. Puntuaciones del paciente A en el SCL-90-R. SOM = somatización, OBS = obsesión-compulsión, SEN = sensibilidad interpersonal, DEP = depresión, ANS = ansiedad, HOS = hostilidad, FOB = ansiedad fóbica, IDE = ideación paranoide, PSIC = psicoticismo, GSI = Índice General de Severidad (GSI).

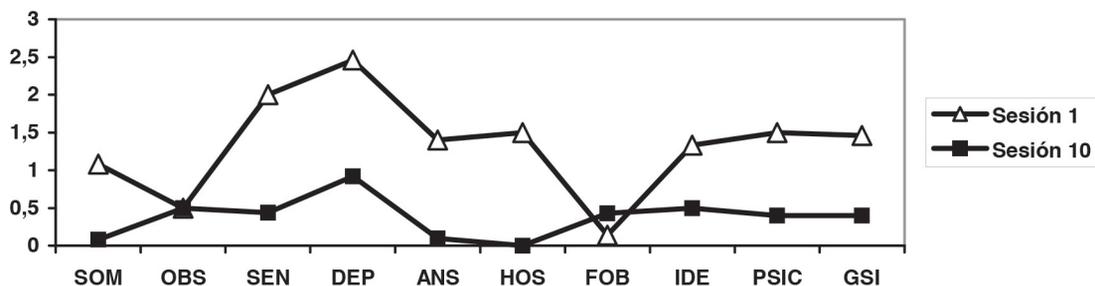


Figura 2. Puntuaciones del paciente B en el SCL-90-R. SOM = somatización, OBS = obsesión-compulsión, SEN = sensibilidad interpersonal, DEP = depresión, ANS = ansiedad, HOS = hostilidad, FOB = ansiedad fóbica, IDE = ideación paranoide, PSIC = psicoticismo, GSI = Índice General de Severidad (GSI).

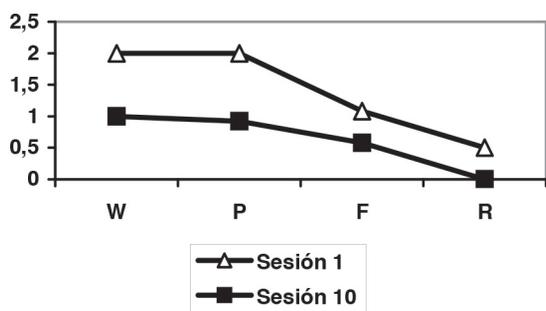


Figura 3. Puntuaciones del paciente A en el CORE-OM. W = bienestar subjetivo, P = problemas/síntomas, F = funcionamiento, R = riesgo.

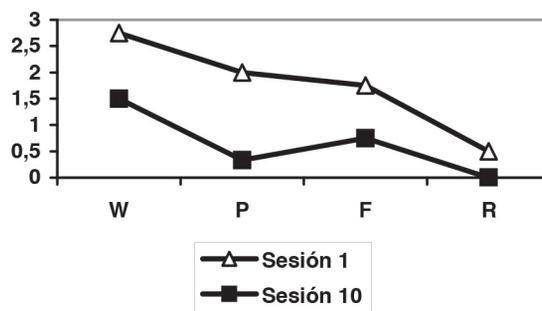


Figura 4. Puntuaciones del paciente B en el CORE-OM. W = bienestar subjetivo, P = problemas/síntomas, F = funcionamiento, R = riesgo.

Los resultados tras 10 sesiones de TCI son sugerentes pero merecen un análisis pormenorizado. En primer lugar, se puede destacar que en ambos casos la calidad de la alianza terapéutica es similar tanto en la primera como en la última sesión (Figuras 5 y 6), lo que es consonante con la literatura que sugiere que la calidad de la alianza en las primeras sesiones es uno de los mejores predictores del resultado final de la psicoterapia (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993; Stevens et al., 2007). Mientras que en el paciente B la alianza mejora de una manera progresiva, en el paciente A se produce el fenómeno que Safran y Muran (2000) denominan *ruptura de la alianza terapéutica*.

Descripción del proceso psicoterapéutico de A

En el paciente A, destaca la mejoría en cuanto a la presencia y persistencia de síntomas obsesivo-compulsivos (OBS), depresivos

(DEP), de ansiedad (ANS) y de malestar en general (Figuras 1 y 3). El curso de tratamiento fue el siguiente. En las sesiones 1-3 se conceptualizó su esquema interpersonal en base a la evaluación de sus marcadores interpersonales en la interacción terapéutica. Un marcador interpersonal representa un claro indicio de una coyuntura apropiada para la exploración cognitiva y emocional (Safran y Segal, 1990). Por ejemplo, cada vez que el terapeuta planteaba una información nueva, A parecía aceptarla sin crítica y con inusitada inmediatez. Ello nos puso en la pista del esquema anteriormente citado: «*si no estoy siempre para los demás, ellos me abandonarán*». Cada vez que ocurría una interacción de este tipo, el terapeuta evitaba activamente reforzar un ciclo interpersonal donde el terapeuta se entusiasmara con su ejecución y el paciente se sometiera a las indicaciones técnicas, e impulsaba al paciente a explorar sus motivos para estar de acuerdo. De este modo, se promovió la necesaria exploración fenomenológica de las creencias del paciente,

convirtiendo la propia interacción terapéutica en un espacio de invalidación de creencias disfuncionales sobre las relaciones interpersonales, a la vez que procuraba una fuente de validación sobre los aspectos que necesariamente emergían para poder relacionarse con un otro que le arrastraba a reconstruir la relación en parámetros interpersonales nuevos y diferentes.

Las sesiones 4-6 dirigidas explícitamente a metacomunicar dicho estilo interpersonal y a desafiar, discutir y poner a prueba las creencias nucleares que lo sustentaban, son ejemplares del modo en que se entiende la alianza en la TCI. Las dificultades que encuentra la TC en el tratamiento del TOCP son notables (Beck y Freeman, 1990) y nos sitúan ante la necesidad de monitorizar sistemáticamente el estado de la alianza (Safran y Muran, 2011; Safran y Segal, 1990). Tras la quinta sesión, se produce un descenso en la calidad de la alianza (Figura 5) debido a la interpretación del paciente de una intervención del terapeuta como crítica. En la sexta sesión, el terapeuta plantea la situación en términos de oportunidad de comprender mejor el funcionamiento personal del paciente, más que en términos de obstáculo para el funcionamiento de la terapia. Durante dos sesiones, sexta y séptima, mediante escucha empática, desmentido experiencial y en un clima donde se entiende la alianza como una experiencia interpersonal co-construida se logra resolver el conflicto generado por dicho impasse, creándose nuevas condiciones para el cambio que posteriormente se observa (Figuras 1 y 3). En la TCI, como hemos descrito, es clave detectar y resolver las *rupturas en la alianza*. La hipótesis de la que se parte estriba en que lograr reparar una situación de tensión e impasse es, en sí mismo, un factor de cambio particularmente potente (Safran y Muran, 2011).

Descripción del proceso psicoterapéutico de B

En la paciente B destaca la mejoría en los síntomas relacionados con la sensibilidad interpersonal (SEN), depresivos (DEP), de ansiedad (ANS) y en su nivel de hostilidad (HOS)

y de malestar general (Figuras 2 y 4). El curso de tratamiento fue más progresivo que el anterior y sin tensiones en la alianza (Figura 6). En las sesiones 1-3, se conceptualizó su esquema interpersonal en base a la evaluación de marcadores interpersonales como la tendencia a generar sentimientos en el terapeuta de intensa proximidad emocional, a la par que cierta sensación del mismo sobre su dificultad para poder canalizar toda esa atmósfera emocional en una relación terapéutica de mayor intimidad. La formulación del esquema cognitivo-interpersonal fue: «*si no me muestro lo suficientemente cercana a los demás no me querrán, pero si no mantengo la suficiente distancia e independencia personal me abandonarán*». Las primeras 3 sesiones fueron especialmente no directivas y exploratorias, con el objetivo de crear un escenario en el que se validaran creencias más periféricas, como la posibilidad de expresar sentimientos de enojo, ira y tristeza, exponiéndose a su temor al abandono si hacía gala de los mismos. Dado el encuadre de la TCI, en las sesiones 4-6, se metacomunicó la hipótesis cognitivo-interpersonal, en forma de auto-revelación del terapeuta, lo que provocó un sentimiento genuino de comprensión. Este evento interactivo tuvo la fuerza catalizadora del cambio que se ha descrito en algunas ocasiones (Farber, 2006). Se produjeron rápidos avances por parte de la paciente en la generalización a otras relaciones significativas de su vida donde, especialmente sus parejas, le habían revelado aspectos de su modo de relacionarse similares a los que ahora le revelaba el terapeuta. Uno de los aspectos clave del proceso psicoterapéutico, en las sesiones 4-9, fue poder regular emocionalmente a la paciente mediante el uso del reflejo y la paráfrasis, ya que el entusiasmo de la paciente ante la intervención se acompañó de una importante inestabilidad emocional. En este sentido, la indicación de Safran y Segal (1990) de desempeñar la reestructuración cognitivo-interpersonal con un tono de moderada activación emocional se antoja crucial de cara a procesar activamente la información cognitivo-emocional, lo cual quedaría dificultado por un estado hiperactivo o hipoactivo de activación emocional.

DISCUSIÓN

Los resultados son prometedores y sugerentes, aunque entendemos que los mismos son fundamentalmente mejoras sintomáticas, es decir, del malestar intenso, o si se quiere, de la depresión y la ansiedad que se asocian a los TPs debido a su particular modo de estar en el mundo. Siguiendo a Dimaggio et al. (2009) no podemos esperar, de un modo un tanto ingenuo, que en 10 sesiones mejoren las disfunciones básicas implicadas en los TPs, de carácter más duradero. Probablemente, los pacientes mejoraron en sus aspectos más sencillos, periféricos y evidentes de su condición clínica, es decir, mejoraron de sus diagnósticos clínicos del eje I, gracias a los ajustes conductuales que realizaron, el progresivo descentramiento de sus significados personales y la toma de conciencia de la vinculación entre sus modos de ser y las experiencias que acontecen en sus entornos. Esta cuestión es de una importancia nada desdeñable ya que la vinculación entre ambos hechos, modo de ser y experiencia, abre la puerta a una nueva etapa de tratamiento, una fase más larga, de cambio más profundo y que debería dirigirse, decididamente, al núcleo de la psicopatología implicada en los TPs. Belloch (2010) y Fernández-Álvarez (2010) insisten en la recomendación de este abordaje cuando se busca tratar patrones básicos disfuncionales. A este respecto, Fernández-Álvarez (2010) señala que progresar por aproximación buscando cambios en áreas periféricas al núcleo del malestar es el mejor modo de ir despejando la presencia de un patrón disfuncional y ayudar al paciente a tomar conciencia del mismo. En este sentido, dada la importancia de los aspectos interpersonales en los TPs, se hace evidente, tras estas 10 sesiones de estabilización clínica, la idoneidad de una nueva fase de TCI dirigida de un modo específico a trabajar estos aspectos de la configuración de la personalidad, que probablemente permitiría cambios más consistentes en el tiempo.

En apoyo de lo anterior se pueden entender los resultados de la variable F del CORE-OM. F es una de las variables que menor descenso experimenta (Figuras 3 y 4) y evalúa la calidad de las relaciones de intimidad, las relaciones sociales y el nivel de funcionamiento cotidiano.

Es posible comprender estos resultados si los leemos en términos de estabilización sintomática, mientras que las características básicas de la personalidad permanecerían latentes a la espera de que un contexto adecuado las activara de nuevo en su máxima expresión. Este fenómeno, observado habitualmente en la clínica, puede estar relacionado con lo que Magnavita (2010) denomina «estados atractores». Es decir, la personalidad o sí-mismo constituye una entidad coherente que tiende a la autoorganización y cualquier movilización en la misma tiene la tendencia de volver a su estado de organización original. Por ello, si bien implica un trabajo psicoterapéutico de largo recorrido, es fundamental identificar patrones y sistemas operativos. El sistema operativo de la personalidad se puede manifestar mediante una reestructuración sistemática de su estructura, funciones y procesos, a partir de la cual se puede mejorar su capacidad adaptativa (Magnavita, 2010). Si la intervención no se dirige a dicho sistema operativo no se puede garantizar que las manifestaciones clínicas no tiendan a la repetición o sean susceptibles de reaparecer.

Nuestro estudio cuenta con las limitaciones propias de los estudios de caso y de observación clínica y, por lo tanto, son necesarios estudios rigurosos con muestras amplias que avalen los resultados expuestos aquí. La medición no ha sido todo lo sistemática que se recomienda para el establecimiento de relaciones causales en diseños de caso único, por lo que las conclusiones si bien se apoyan en los datos, se sostienen más en el análisis comprensivo de la evolución de los casos tras el estudio de las transcripciones de las sesiones. Entre las virtudes de un diseño de este tipo podemos señalar su validez ecológica, al haberse llevado a cabo en el contexto del Sistema Nacional de Salud con profesionales y usuarios del mismo.

En resumen, la TCI ha demostrado su bondad en la consecución de ciertos cambios sintomáticos. Estos cambios, si bien son superficiales y periféricos respecto al núcleo de las disfunciones de los TPs, son pasos necesarios y preliminares para un abordaje posterior de mayor duración, profundidad y alcance en cuanto a los reajustes del sistema de personalidad (Fernández-Álvarez, 2010; Magnavita, 2010).

Entendemos que la TCI de Safran y Segal (1990) podría seguir siendo de utilidad para dicha fase de intervención, acercándose a las disfunciones básicas desde el trabajo específico con los patrones interpersonales disfuncionales. Por último, las características específicas del diseño de la TCI son altamente congruentes con algunas de las modalidades disfuncionales que afectan a los TPs y consideramos que es probable que superase los estándares de excelencia y eficacia de un diseño con grandes muestras, grupos aleatorios y control.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Belloch, A. (2010). Personalidad y trastorno de la Personalidad. En A. Belloch y H. Fernández Álvarez (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 21-46). Madrid: Síntesis.
- Benjamin, L.S. (2008). What is functional about functional autonomy? *Journal of Personality Assessment*, *90*, 412-420.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *16*, 252-260.
- Caro-Gabalda, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: Su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*, 169-188.
- Clarkin, J.F. (2006). Conceptualization and treatment personality disorders. *Psychotherapy Research*, *16*, 1-11.
- 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). *Anales de Psicología*, *27*, 298-301.
- Derogatis, L.R. (1983). *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90-R*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy Research*, *14*, 469-482.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Conti, L., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M., & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorders: A series of singles cases analysed with the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 450-462.
- Dimaggio, G., & Norcross, J.C. (2008). Treating patients with two or more personality disorders: An introduction. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *64*, 127-138.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 85-99.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 51-60.
- Farber, B.A. (2006). *Self-disclosure in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Fernández-Álvarez, H. (2010). Principios generales para la intervención en los trastornos de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández Álvarez (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 295-306). Madrid: Síntesis.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 561-573.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 5th Edition*. Nueva York: Wiley.
- Magnavita, J.J. (2010). Sistemática de la personalidad: Hacia un tratamiento unificado de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández Álvarez (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 233-247). Madrid: Síntesis.
- Moriana, J.A., y Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*, 81-100.
- Muran, J.C., Safran, J.C., Samstag, L.W., Gorman, B.S., Twining, L., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 651-657.

- Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 532-545.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Samstag, L.W., Muran, J.C., Wachtel, P.L., Slade, A., Safran, J.D., & Winston, A. (2008). Evaluation negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 62, 165-194.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Stevens, C.L., Muran, J.C., Safran, J.D., Gorman, B.S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 109-129.
- Stiles, W.B. (2005). Case studies. En J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 57-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: W. W. Norton.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford.