



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

Inmaculada Sangiao Novio. Cristina Alonso Vilar. Psicólogas Internas Residentes. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

[inmasangiao@gmail.com](mailto:inmasangiao@gmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

En el presente trabajo se analiza el caso de un paciente que acude durante los últimos años a distintos terapeutas, con sintomatología ansioso-depresiva y problemas en las relaciones sociales. Presenta un estilo relacional que genera contratransferencia en los terapeutas, siendo considerado un paciente resistente al cambio dado el historial de fracasos psicoterapéuticos acumulados durante aproximadamente los últimos 5 años.

Este tipo de pacientes presentan un estilo de apego inseguro de tipo ansioso/evitativo, por lo que se adhieren a la terapia para conseguir realizar cambios, a la vez que luchan para que el cambio deseado, y temido a la vez, no sucedan. Este patrón de relaciones es coincidente con un trastorno de personalidad ansioso (con conducta de evitación).

Se busca en terapia construir una alianza de trabajo con él y una base segura desde donde explorar sus modelos operativos internos (Juri, 2011) a la vez que se busca el cambio en dichos esquemas relacionales.

Se hace una descripción del proceso terapéutico a lo largo de las sesiones, de las dificultades que pueden aparecer en la relación terapéutica y sobre los resultados de la eficacia terapéutica en pacientes con un estilo de apego inseguro.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA**

Se trata de un sujeto de 37 años, derivado por el médico de atención primaria, a petición propia, por presentar sintomatología ansioso-depresiva.

Nos informa de que vive sólo y tiene unas pobres relaciones sociales. Su familia vive en otra provincia y refiere no tener demasiada relación con ellos. Desde pequeño lo ingresan en un internado donde pasa la mayor parte de su infancia. Es el mayor de dos hermanos. Refiere que las relaciones familiares siempre fueron conflictivas. Tiene trabajo y afirma que le gusta, aunque tiene un contrato temporal, lo que le lleva a tener preocupaciones sobre su futuro.

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

En esos momentos había interrumpido un máster y las clases de inglés porque según él, no se encontraba bien. Tiene una neuralgia en un ojo y problemas en una pierna que le impiden realizar actividades que antes hacía, como el deporte.

En anteriores ocasiones había estado a tratamiento tanto psiquiátrico como psicoterapéutico privado (durante años) por sintomatología ansioso-depresiva. Según informa, en su trabajo realiza comentarios e intentos de acercarse a una de sus compañeras de una forma inadecuada, lo cual provoca rechazo social por parte de ella y los demás. Este patrón de relaciones no está circunscrito exclusivamente a las relaciones sociales dentro de su trabajo, sino que abarca más ámbitos.

Cuando llega a consulta se encuentra a tratamiento farmacológico prescrito por su médico de atención primaria.

### **Motivo de consulta**

Sintomatología ansioso-depresiva.

El motivo de consulta es tanto el estado de ánimo bajo como la ansiedad que presenta, que actualmente se dispara en el trabajo (en el contexto de las relaciones sociales), lo que hace que en ocasiones tenga que abandonar la situación e irse a casa.

### **Antecedentes personales**

Neuralgia en un ojo y problemas en una pierna.

### **Antecedentes familiares**

Por lo que se desprende de la entrevista clínica, posible existencia de antecedentes de trastornos de personalidad en la familia no filiados.

### **Enfermedad actual**

Sintomatología ansioso-depresiva, problemática en las relaciones sociales. Ansiedad en el contexto de las relaciones sociales dentro y fuera del ámbito laboral.

### **Exploración funciones psíquicas**

Consciente, orientado. Apato-abulia. Sin semiología afectiva mayor. No anhedonia. Restricción en las relaciones sociales y pérdida de actividades. No alteraciones sensorio-perceptivas ni sintomatología psicótica. No ansiedad neurovegetativa en el momento actual. Ansiedad circunscrita al contexto de las relaciones sociales. No ideación autolítica. Apetito conservado. Insomnio de conciliación, sueño no reparador.

## **INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS**

Tanto para evaluar el estado de salud general como para evaluar la relación terapéutica se emplearon los cuestionarios de evaluación de resultados de psicoterapia (Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia & Vázquez, 2004).

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

En la primera sesión el sujeto cumplimenta la escala de salud general y la de relación terapéutica, y en las sucesivas sesiones cubre la escala de relación terapéutica. Esto nos va a permitir observar tanto el cambio que se produce en el sujeto como en la relación terapéutica a medida que transcurren las sesiones.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES: TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS DATOS ANTERIORES PLANTEAR LOS POSIBLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

Existe un notable solapamiento entre el trastorno de personalidad por evitación y la fobia social de tipo generalizado, hasta el punto que podrían ser considerados conceptualizaciones alternativas del mismo estado o de estados similares.

La evitación se produce también en el trastorno de angustia con agorafobia. La evitación en el trastorno de angustia comienza después del inicio de las crisis de angustia y puede variar en cuanto a su frecuencia e intensidad. Por el contrario, la evitación en el trastorno de personalidad por evitación tiende a tener un inicio temprano, en ausencia de precipitantes claros y un curso estable.

Otros trastornos de personalidad se pueden confundir con el trastorno de personalidad por evitación. Tanto en el trastorno de personalidad por evitación como en el trastorno de personalidad por dependencia se caracterizan por sentimientos de incapacidad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación. Aunque la preocupación en el trastorno de la personalidad por evitación es la evitación de la humillación y el rechazo, en el trastorno de personalidad por dependencia es el que se ocupen de uno.

Al igual que en el trastorno de personalidad por evitación, el trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad se caracterizan por el aislamiento social, sin embargo los sujetos con trastorno de personalidad por evitación, desean tener relaciones con otros y sufren por su soledad, mientras que los otros dos pueden estar satisfechos o incluso preferir el aislamiento social.

El trastorno paranoide de personalidad y el trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por la renuncia en confiar en los demás. Sin embargo en el trastorno de personalidad por evitación esto se debe más al miedo a encontrarse en un compromiso o a ser considerado inferior más que al miedo a las malas intenciones de los demás.

Se diferencia de un cambio de personalidad debido a una enfermedad médica en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

También hay que distinguirlo de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo de sustancias.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Trastorno de personalidad. Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad (F.60.6 CIE-10, OMS). Estos rasgos de personalidad por evitación constituyen un trastorno en

## RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO

la medida en la que son inflexibles, desadaptativos y persistentes y ocasionan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

- Se encuentra caracterizado por sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
- Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
- Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
- Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
- Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
- Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por miedo a la crítica, reprobación o rechazo.
- Se puede dar hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

### TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

A continuación se enumeran los principales objetivos consensuados a conseguir con el paciente:

- Disminuir sintomatología ansioso-depresiva.
- Activación conductual y ampliación de actividades sociales.
- Disminuir la ansiedad y conductas de abandono de su puesto de trabajo.
- Eliminar las conductas de presión, control, celos, hacia sus compañeras/os de trabajo.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

A su vez, se persigue construir una base segura mediante la relación terapéutica desde la cual el sujeto se dé la oportunidad de explorar y comprobar que sus esquemas sobre relaciones sociales no se cumplen.

### INTERVENCIÓN

A continuación vamos a describir el proceso terapéutico, a través de las sesiones, destacando lo más significativo para el tema que nos ocupa:

**1ª Sesión:** En la primera sesión se evalúa mediante una escala de salud general donde nos informa de que el problema que le trae a consulta ha empeorado sus relaciones con otras personas, le hace estar irritable, lo mantiene preocupado todo el día, le obliga a estar en casa más tiempo del que debiera, no le permite realizar sus actividades normales, no le deja dormir y piensa que se trata de una enfermedad grave.

En cuanto a la evaluación de la relación terapéutica se le pidió que evaluase en una escala de 0-10 el nivel de satisfacción en relación con cuatro apartados: relación con el terapeuta, metas y temas tratados en consulta, enfoque y método seguido por el terapeuta, y en sentido general; obteniéndose puntuaciones muy bajas en estas escalas.

Se informa de la posibilidad de que invitemos a asistir a algún miembro de la familia, ante lo cual se niega.

## RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO

Tanto para evaluar el estado de salud general como para evaluar la relación terapéutica se emplearon los cuestionarios de evaluación de resultados de psicoterapia (Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia & Vázquez, 2004). En la primera sesión el sujeto cumplimenta la escala de salud general y la de relación terapéutica, y en las sucesivas sesiones cubre la escala de relación terapéutica. Esto nos va a permitir observar tanto el cambio que se produce en el sujeto como en la relación terapéutica a medida que transcurren las sesiones.

**2ª Sesión:** En la segunda sesión comienza a mostrarse ansioso con respecto al tema de las citas, de cómo se encuentran espaciadas temporalmente los seguimientos, la duración de las sesiones,... y comenta la posibilidad de dejar de asistir a las citas y pedir la próxima cita en el ámbito privado, por lo que informamos de que es su decisión y dejamos la puerta abierta para que vuelva a pedir cita por si cambiase de opinión o lo considerase por cualquier motivo necesario.

Por otro lado comenta que venir a consulta no le va a servir de nada y duda de que venir aquí o a otro sitio le sirva. En estos momentos se adopta una actitud que no nos lleve a la confrontación con el sujeto, incluso adoptando una postura por debajo de éste para evitar entrar con él en una escalada de conflicto. Este estilo relacional del sujeto se va a mantener durante las sesiones siguientes, así como la contratransferencia generada por él.

**3ª y siguientes sesiones:** Asiste a la tercera sesión y siguientes de forma continuada. A partir de este momento empiezan a subir las valoraciones por parte del sujeto de la alianza terapéutica. Se sigue evaluando tras cada sesión la relación terapéutica, encontrando que es a partir de la quinta sesión donde se obtienen puntuaciones más elevadas en las cuatro dimensiones analizadas. Este aumento en la valoración de la relación terapéutica se objetiva a través del cuestionario de relación terapéutica.

Con este sujeto empezamos proponiendo la recuperación de actividades que le hacían sentirse mejor y que fue abandonando, dentro del modelo parte sana/enferma (Gutiérrez, 1998), proponiendo que su vida no gire en torno a sus limitaciones físicas. Proponemos tareas de desvío atencional dentro del contexto de trabajo para los momentos de ansiedad ("distancia de seguridad"). Sigue en la misma actitud: "venir aquí no me sirve", pero sí se van observando cambios, sobre todo en lo referente a retomar actividades como inglés, trabajo, relaciones sociales,... por lo que se subrayan dichos cambios y se refuerza que continúe en esta línea.

A lo largo de las sesiones insistimos en la idea de que lo que está manteniendo el problema es el aspecto social y no aceptamos la definición del problema que nos plantea como un tema de ansiedad en el trabajo, por lo que re definimos ese marco como un problema relacional con los otros. Planteamos la idea de someter a prueba la hipótesis de que parte de su ansiedad se debe a encontrarse solo y no realizar interacciones sociales (que por otra parte necesita pero no se ve capaz de realizar). Sigue en esta misma línea, retomando relaciones sociales y en las

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

siguientes sesiones refiere encontrarse mejor, ya no abandona su trabajo por los niveles de ansiedad y plantea la idea de que su ansiedad es algo "cíclico".

Re encuadramos este patrón de ansiedad "cíclico" como períodos en los que se encuentra bien debido a que realiza esas salidas con otras personas, y los momentos peores cuando no se da esta posibilidad.

En estos momentos solicita espaciar más las citas. Incluso piensa en dejar progresivamente la medicación porque se encuentra mejor, buscando un equilibrio que le permita seguir encontrándose bien, pero sin llegar a dar un paso más o realizar un verdadero cambio en lo referente a incrementar sus relaciones sociales (Cambio 2) (Fisch, Weakland & Watzlawick, 1982).

Empezamos a meternos más en el ámbito de las relaciones sociales y en las ideas o esquemas que tiene alrededor de ellas y que fue construyendo con el paso de los años: el temor a ser rechazado por los demás, empieza a ver cómo a veces se comporta de tal forma que los demás terminan rechazándole. No re formulamos lo que le sucede en este sentido como una falta de habilidades sociales (dado el estilo relacional y desafiante del sujeto), sino como un problema a la hora de "modular" (mediante un patrón de aproximación/distanciamiento) las relaciones con los demás. Parece aceptar la idea, e intentamos transmitir la idea de comprobar que sus temores o esquemas construidos sobre las relaciones sociales no se confirman (por ejemplo involucrándose en alguna actividad con los otros), que la diferencia es que ahora no está sólo y que podemos ayudarlo más (dando pautas de comportamiento, modificando esas interpretaciones sobre las relaciones sociales) una vez que inicie un pequeño cambio en ese sentido.

### **EVOLUCIÓN**

Actualmente, y después de haber asistido aproximadamente a 10 sesiones, las citas son más espaciadas temporalmente, ha retomado actividades como clases de inglés, retoma actividad física adecuada a sus patologías físicas y se plantea la posibilidad de introducir algo nuevo en su vida como alguna actividad que le permita ampliar su círculo social. Empieza a ver cómo sus conductas a nivel social hacen que los demás lo rechacen, confirmando así sus esquemas sobre las relaciones. Las conductas inadecuadas referentes a las relaciones sociales dentro del contexto laboral han desaparecido, tanto las llamadas de atención, celos,... como el abandono de su puesto de trabajo debido a su ansiedad. La mayor dificultad que sigue presentando es en el ámbito de las relaciones sociales por sus miedos, sobre todo en relación con el hecho de sentirse rechazado.

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL TEMA TRATADO EN EL CASO**

Respecto a la relación entre la teoría del apego adulto y el proceso terapéutico, la investigación ha mostrado que los patrones de apego adulto pueden cambiar mediante la terapia o a través de relaciones secundarias de apego que permitan a la persona replantear sus esquemas o modelos operantes internos.

Bowlby (1993) postulaba que era probable que en consulta se elicitaran patrones comportamentales relacionados con las experiencias tempranas de apego, porque ésta involucra interacciones similares entre buscar y dar cuidado. Desde la teoría del apego, tanto el cliente como el terapeuta, pueden influir el proceso terapéutico.

La investigación sugiere que los sujetos con apego seguro tienden a obtener mejores resultados y se produce un mayor cambio con tratamientos más breves, lo contrario a lo que sucede con sujetos con apego inseguro (sobre todo evitativo/ansioso), a la vez que consiguen crear alianzas de trabajo sólidas (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

Desde la psicoterapia, se englobarían dentro del concepto de "pacientes relacionales", son casos difíciles para el cambio, cuyo tratamiento se prolonga en el tiempo y requieren el manejo por parte del terapeuta de la contratransferencia que producen.

El paciente ideal en terapia es aquel que se encuentra motivado, que hace una petición de ayuda legítima, que adopta una posición en el marco de la definición de la relación terapéutica como asimétrica con respecto al profesional. Sin embargo en ocasiones, nos encontramos con personas que definen el marco de la terapia o adoptan una postura simétrica con respecto al terapeuta, que serían los "pacientes relacionales", que rompen de alguna forma las reglas de la relación terapéutica: llegan tarde a las citas, faltan a ellas, acumulan un largo historial de fracasos psicoterapéuticos, continuas alusiones a otros profesionales,... (Ruíz, 2013) siendo en general, el paciente que echa un pulso al terapeuta para demostrar que no se puede hacer nada y que va a fracasar.

Desde la psicoterapia los pacientes relacionales, son casos difíciles. Requieren el manejo por parte del terapeuta de la contratransferencia que producen, en este caso concreto manejada a través de la supervisión del caso o con herramientas como el humor, que permite modificar el clima afectivo en un determinado contexto social como es la terapia y al cambiar este marco permite al terapeuta recuperar el control de esa situación. Cuando el terapeuta se pone ansioso, el paciente toma el control del tratamiento y cuando esto sucede, el tratamiento se pospone. El cambio genera ansiedad en este sujeto y una forma de reducir precisamente esa ansiedad es hacer algo que aumente la ansiedad del terapeuta, para que precisamente ese cambio se posponga (Bergman, 1987).

## RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO

Por su parte las conductas desafiantes de este sujeto hay que entenderlas en el contexto de que cumplieron una función en el pasado, tal vez como protección, tal vez como mecanismo de defensa.

El terapeuta debe de ser consciente de las reacciones emocionales que se generan tanto en él como en el paciente (Baringoltz, 2005), haciendo un análisis de los ciclos interpersonales entre ambos. Es de esperar en este tipo de "pacientes relacionales" que sometan al terapeuta a continuas pruebas para valorar la fiabilidad y grado de seguridad interpersonal (base segura) que es capaz de garantizar.

En cuanto a la investigación, se concluye que el estilo de apego inseguro está asociado a evaluaciones más bajas de la alianza terapéutica (Lossa, Corbella & Botella, 2012), observado en este caso hasta la quinta sesión. Lo que se encuentra es que a partir de la sexta sesión, aunque el vínculo con el terapeuta es bueno, el cambio es más inminente, por lo que el paciente se retrae sin posibilidades de conseguir un verdadero cambio.

Por otra parte el estilo de apego ansioso tiene dificultades para establecer objetivos de forma conjunta con el terapeuta a medida que avanza la terapia, dado que el hecho de crear un cambio en su vida, sobre todo si se trata de un cambio de tipo 2, activa precisamente este patrón ansioso, dando lugar a que aparezcan dificultades no sólo en el establecimiento del vínculo, sino también en los objetivos de cambio.

A su vez quieren obtener resultados inmediatos, pero a medida que anticipan los cambios durante el proceso terapéutico, empiezan a realizar maniobras para que ese cambio deseado y a la vez temido no suceda, por lo que si a medida que avanzan las sesiones estos cambios no se producen o el sujeto no los percibe, la alianza terapéutica se ve amenazada (Lossa, Corbella & Botella, 2012).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lossa, L., Corbella, S., Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, (105), 91-103.
2. Ruíz, J. J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.
3. Bergman, J. (1987). *Pescando Barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona. Editorial: Paidós.
4. Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Editorial: Paidós Ibérica.
5. Juri, L. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid: Editorial Psimática.
6. Gutiérrez, E. (1998). El trabajo con la parte sana dentro del modelo psicoeducativo. *Sistemas Familiares*, 14 (1), 49-60.
7. Fisch, R., Weakland, J. H., Watzlawick, P. (1982). *Cambio*. Barcelona. Editorial: Herder.



## **RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. UN CASO CLÍNICO**

8. Rodríguez-Arias, J. L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N., Vázquez, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del Psicólogo*, 87 (25), 20-28.
9. Baringoltz, S. (2005). La importancia del estilo personal del terapeuta y el vínculo como herramientas terapéuticas. *International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Suecia, Junio.