



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad

Andrea Pierò^{a,*}, Elisabetta Cairo^{b,c} y Andrea Ferrero^{b,c}

^a *Psychiatric Service "Le Cèdre", Centre Hospitalier Alpes-Isère, Saint Egreve, Francia*

^b *Unit of Psychotherapy Mental Health Department, ASL TO4: Settimo Hospital, Settimo T.se, Turín, Italia*

^c *SAIGA Institute of Research, Turín, Italia*

Recibido el 18 de septiembre de 2011; aceptado el 26 de abril de 2012

Disponible en Internet el 7 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Trastorno límite de la personalidad;
Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy;
Alianza terapéutica;
Temperamento;
Carácter

Resumen

Antecedentes: Hasta el momento no se ha investigado la relación entre los rasgos de la personalidad y la alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad (TLP).

Métodos: Se reclutó para el estudio una muestra de 49 individuos con TLP que completaron un módulo de la *Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP) de 40 sesiones. Antes del inicio de la psicoterapia, se realizó una evaluación con las escalas *Clinical Global Impression* (CGI), *Global Assessment of Functioning* (GAF), *Symptom Checklist Revised 90* (SCL-R 90), y con el *Temperament and Character Inventory* (TCI). Al final de la psicoterapia, se pidió a los pacientes que evaluaran el nivel de la alianza terapéutica mediante el *Working Alliance Inventory* (WAI-S).

Resultados: Un análisis de regresión lineal múltiple ha identificado 3 variables como factores predictivos independientes para la puntuación total del WAI-S: los individuos con una evitación del daño menor, los pacientes de mayor edad y los individuos con mayor nivel de psicopatología presentaron una mejor puntuación total del WAI-S.

Discusión: Estos resultados preliminares pusieron de manifiesto que el patrón de la alianza con el terapeuta en los individuos con TLP podría estar relacionado no solo con la debilidad de carácter, sino también con un rasgo del temperamento característico de los individuos inhibidos y con tendencia a la evitación.

Conclusión: Estos resultados sugieren que una evaluación del temperamento en los individuos que presentan un TLP podría ser útil para detectar a aquellos que tienen más dificultades para establecer una buena alianza terapéutica y para mejorar las intervenciones técnicas y los contextos de la psicoterapia de los pacientes con TLP con una mayor evitación del daño.

© 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apiero@ch-alpes-isere.fr (A. Pierò).

KEYWORDS

Borderline Personality Disorder;
Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy;
Therapeutic Alliance;
Temperament;
Character

Personality dimensions and Working Alliance in subjects with Borderline Personality Disorder**Abstract**

Background: As yet, the relation between personality traits and working alliance has not been investigated in subjects affected by Borderline Personality Disorder (BPD).

Method: A sample of forty-nine BPD subjects who completed a module of Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) of 40 sessions has been recruited. Before the onset of psychotherapy an assessment was made with Clinical Global Impression (CGI), Global Assessment of Functioning (GAF), Symptom Checklist Revised 90 (SCL-R 90), and with Temperament and Character Inventory (TCI). At the end of their psychotherapy, patients were requested to rate the level of working alliance by means of the Working Alliance Inventory (WAI-S).

Results: Multiple linear regression analysis has identified three variables as independent predictors of WAI-S total score: subjects with lower Harm Avoidance, older patients, and subjects with a higher psychopathology level had a better WAI-S total score.

Discussion: These preliminary results showed that the pattern of alliance with the therapist in subjects with BPD could be related not only to weakness of character, but also to a temperamental trait typical of inhibited and avoidant subjects.

Conclusion: These results suggest that an assessment of temperament in subjects affected by BPD at intake could be useful to detect the subjects who have more difficulties in building a good working alliance and in order to improve the technical interventions and settings for psychotherapy of BPD subjects with higher Harm Avoidance.

© 2011 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El concepto de alianza terapéutica o alianza de trabajo, que hace referencia a la calidad de la relación de trabajo establecida entre cliente y terapeuta, tiene sus raíces tanto en la teoría psicodinámica (concepto de transferencia) como en el trabajo de Roger, el concepto ha evolucionado para convertirse en un constructo panteórico y varios investigadores han mostrado un interés creciente en este campo de estudio. Según una definición muy difundida, propuesta por Bordin², la alianza terapéutica consta de 3 componentes relacionados entre sí: 1) acuerdo entre cliente y terapeuta respecto a los objetivos terapéuticos (objetivo), 2) acuerdo entre cliente y terapeuta respecto a la forma de alcanzar estos objetivos (tarea), y 3) desarrollo de un vínculo personal entre terapeuta y cliente (vínculo).

Una buena alianza terapéutica constituye uno de los factores predictivos más importantes del resultado o un indicador del proceso en el tratamiento de varios trastornos mentales^{3,4}. La alianza terapéutica está estrictamente relacionada con la adherencia al tratamiento^{5,6}; una alianza insuficiente entre terapeuta y cliente conduce a menudo a un abandono temprano del tratamiento^{7,8}. Además, 2 metaanálisis han puesto de manifiesto que el resultado del tratamiento y la alianza terapéutica están estrictamente relacionados en la psicoterapia^{3,9}. En consecuencia, la alianza terapéutica se considera crucial para el éxito de todos los tipos de psicoterapia según el criterio de numerosos terapeutas; el mantenimiento de un alianza terapéutica estable y adecuada se considera un objetivo de la psicoterapia. La tendencia a «ampliar los límites» en la construcción de la alianza terapéutica es una característica afectiva central de los individuos con límite de la personalidad (TLP).

Ello no está necesariamente relacionado con las conductas autolesivas o perturbadoras, pero puede producir un alto grado de dificultad en el manejo clínico¹⁰. Por este motivo, varios autores se han centrado en el estudio de los factores predictivos de la alianza terapéutica, sobre todo en el tratamiento de los individuos con TLP¹⁰.

En psicoterapia, las variables diagnósticas no parecen explicar el nivel de alianza terapéutica; en cambio, la calidad de las relaciones actuales y pasadas se asocia a menudo a la alianza terapéutica¹¹.

En la literatura tan solo se han analizado unos pocos factores predictivos de la alianza terapéutica buena o mala en los individuos que presentan trastornos psiquiátricos^{12,13}. La sensibilidad interpersonal global y los problemas interpersonales parecen ser los mejores factores predictivos de una dificultad en la construcción de una alianza terapéutica sólida en pacientes ambulatorios con diferentes trastornos mentales¹⁴.

Se han detectado dificultades importantes para construir una alianza terapéutica buena y estable en los individuos con TLP^{15,18} y en pacientes que presentan trastornos psiquiátricos con una comorbilidad elevada con los trastornos de la personalidad (p. ej., trastornos de la conducta alimentaria^{16,17} y adicciones). Estas dificultades parecen estar relacionadas con alteraciones en el proceso de vinculación¹⁸ y con un patrón de disregulación emocional prevalente. No obstante, continúa sin estar claro el papel que desempeñan las dimensiones de la personalidad en la predicción de la alianza terapéutica.

Según el *Temperament and Character Inventory* (TCI), los individuos con un TLP se caracterizan por una evitación del daño elevada y por una autodirectividad muy baja¹⁹: la baja autodirectividad parece indicar que el desarrollo del carácter en los pacientes con TLP es más fijo e inmaduro

que en los individuos sanos de comparación²⁰. Además, tan solo los varones con TLP parecen presentar el temperamento «explosivo» sugerido por Cloninger²¹, que se caracteriza por unas puntuaciones elevadas de la búsqueda de novedad²², la evitación del daño y la dependencia de recompensa.

El objetivo de este estudio es detectar los factores del temperamento y del carácter con capacidad de predicción de la alianza terapéutica en individuos con TLP después de un año de tratamiento combinado en régimen ambulatorio. Que nosotros sepamos, en la literatura actualmente existente no hay datos sobre el papel que desempeñan las dimensiones de la personalidad evaluadas con el TCI en relación con la alianza terapéutica en individuos con TLP.

Dado que tanto las dimensiones de la personalidad como la alianza terapéutica podrían estar relacionadas con la psicopatología, se ha introducido en esta relación un control no solo para las características personales, sino también para la sintomatología psiquiátrica general, así como para la gravedad clínica y psicosocial inicial.

Material y métodos

Participantes

Se reclutó para este estudio a 49 individuos con TLP de entre los pacientes con TLP que fueron objeto de un seguimiento con los métodos de tratamiento habituales en el Centro de Salud Mental de Chivasso y de Settimo Torinese entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de enero de 2007.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) un diagnóstico pleno de TLP según los criterios del DSM-IV-TR²³, (2) uniformidad de distribución de sexos en la muestra, (3) edad de entre 20 y 55 años, (4) ausencia de trastornos que requiriera tratamiento agudo en régimen de hospitalización, (5) ausencia de trastornos de dependencia o abuso de sustancias actual²³, (6) ausencia de retraso mental, (7) inexistencia de experiencias previas de psicoterapia estructurada, (8) disponibilidad a dar el consentimiento informado para participar tanto en el estudio como en el programa de tratamiento.

La evaluación diagnóstica respecto a los trastornos de Eje I y Eje II ha sido realizada al inicio por 3 psiquiatras adecuadamente formados, con el apoyo de la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-OP I y SCID II)^{24,25}.

Se excluyó de la muestra a 31 pacientes con TLP por las siguientes razones: (1) edad fuera de los límites establecidos (N = 2); (2) comorbilidad de un trastorno de Eje I plenamente sintomático, agudo y grave (N = 14) que requería tratamiento en régimen de hospitalización, incluidos los trastornos del estado de ánimo (N = 9), trastornos psicóticos (N = 4), trastorno de la conducta alimentaria (N = 1); (3) comorbilidad de retraso mental (N = 1); (4) presencia de un trastorno de abuso de sustancias agudo (N = 8) y (5) pacientes que cumplían los criterios de inclusión pero rechazaron participar en el estudio o firmar el consentimiento informado (N = 6).

Los pacientes fueron evaluados antes del inicio de la psicoterapia con el empleo de 2 escalas de valoración, la *Global Assessment of Functioning* (GAF) y la *Clinical Global Impression* (CGI), y 2 cuestionarios autoadministrados, el *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R) y el *Temperament and*

Character Inventory (TCI). Al final del tratamiento de psicoterapia (aproximadamente un año después), se pidió a los pacientes que evaluaran el nivel de alianza terapéutica mediante la escala *Working Alliance Scale-Short Form* (WAI-S). En el estudio tan solo se ha realizado una evaluación de la alianza terapéutica por parte de los pacientes, puesto que la percepción que tiene el cliente de la alianza terapéutica es más fiable que la evaluación realizada por el terapeuta o un observador, según sugiere la literatura.

Todos los evaluadores (3) recibieron una formación adecuada en el uso de las escalas de valoración (CGI, GAF), con objeto de garantizar que hubiera una buena consistencia interna y fiabilidad interevaluadores.

Programa de tratamiento

Todos los individuos incluidos han sido tratados con una combinación de «tratamiento habitual» y psicoterapia de orientación psicodinámica, como la *Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP).

El «tratamiento habitual»²⁶ consiste en la combinación de: 1) medicación, utilizada para facilitar el control de los posibles síntomas diana, que generalmente corresponde a las categorías de alteración cognitivo-perceptiva, disregulación afectiva o falta de control de la conducta impulsiva; 2) sesiones de psicoeducación no estructuradas, con el mismo terapeuta; 3) intervenciones de rehabilitación (entrenamiento de capacidades sociales y/o apoyo de trabajo) aplicadas por enfermeras o educadores.

La SB-APP es una psicoterapia psicodinámica secuencial de duración limitada (40 sesiones semanales de 50 minutos cada una), basada en la teoría de Alfred Adler de la psicología individual²⁷ y dirigida específicamente al contexto y la alianza terapéutica. La SB-APP se divide en módulos secuenciales y repetibles. Se administró a los pacientes tan solo el primer módulo. La SB-APP es una adaptación de la *Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (B-APP)²⁷, que es una psicoterapia psicodinámica de duración limitada que se emplea en diversos contextos para tratar distintos trastornos^{16,28,29}.

La SB-APP se centra específicamente en 4 niveles de función de la personalidad (NFP). Dichos niveles son evaluados por los terapeutas en función de los síntomas, la calidad de la relación interpersonal, las conductas sociales globales, los patrones cognitivos y emocionales y los mecanismos de defensa³⁰. En el NFP 1, la SB-APP se centra en la prevención de la acción perturbadora al proporcionar pruebas de realidad mediante el refuerzo de las funciones de autorreflexión y la identidad. En el NFP 2, el enfoque se centra en aumentar la empatía mediante la validación de pensamientos y emociones, y en reducir los sentimientos de vacío, egocentrismo y dependencia. En el NFP 3, el tratamiento tiene como objetivo reducir la idealización y aumentar la continuidad y la adaptación. En el NFP 4, se intenta desarrollar una mayor tolerancia a la ambivalencia, ayudar a los pacientes a superar los conflictos, potenciar la autonomía y aumentar las actitudes positivas respecto al proyecto²⁷.

La SB-APP se orienta a construir una alianza terapéutica favorable

Los psicoterapeutas que administraron la SB-APP (n = 4) habían recibido una formación específica en la aplicación

de la SB-APP en una escuela de psicoterapia certificada de Turín, Italia (S.A.I.G.A., *Italian Adlerian Society Group and Analysis*, certificado por el Ministerio Italiano de Estudios Universitarios en 1994).

Instrumentos de evaluación

Global Assessment Functioning (GAF): la *Goldman's Global Assessment of Functioning Scale* evalúa el nivel de función social y ocupacional³¹ del individuo; la validez y fiabilidad de este instrumento han sido verificadas en varios estudios³².

Clinical Global Impression (CGI): es un instrumento de evaluación bien conocido, que administran los clínicos para evaluar la gravedad de una enfermedad (ítem 1), mediante una puntuación que va de 0 (no evaluado) a 7 (gravedad extrema).

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R): la SCL-90-R³³ es un instrumento aplicado por el propio paciente que tiene como objetivo identificar la alteración psicopatológica. Este cuestionario mide los niveles de sintomatología en 9 escalas diferentes, que describen este mismo número de dimensiones psicopatológicas: I. Somatización, II. Conducta obsesivo-compulsiva, III. Hostilidad interpersonal, IV. Depresión, V. Ansiedad, VI. Sensibilidad, VII. Ansiedad fóbica, VIII. Ideas paranoides, IX. Psicoticismo. La SCL-90-R ha resultado útil para la detección sistemática de los perfiles psicopatológicos de pacientes psiquiátricos hospitalizados graves³⁴.

Temperament and Character Inventory (TCI): el TCI³⁵ es un inventario dividido en 7 dimensiones independientes. Cuatro de ellas (búsqueda de novedad [BN], evitación del daño [ED], dependencia de recompensa [DR], persistencia [P]) evalúan el temperamento. Cloninger entiende por temperamento un conjunto de respuestas de preguntas que son moderadamente heredables, se mantienen estables durante toda la vida y se producen a través de la función de neurotransmisores en el sistema nervioso central; estas respuestas emocionales aportan una descripción clínica basada en las puntuaciones alcanzadas por cada individuo respecto a un conjunto de características del temperamento opuestas^{36,37}. De forma resumida, la BN expresa el nivel de activación de la actividad exploratoria. Las puntuaciones bajas de BN corresponden a una actividad exploratoria baja, poca iniciativa, inseguridad y falta de respuesta a la novedad y al cambio, mientras que las puntuaciones de BN altas expresan las características contrarias. La ED refleja la eficiencia del sistema de inhibición conductual. A los individuos con una ED elevada se les describe como extremadamente cuidadosos, pasivos, inseguros, propensos a reacción con un alto grado de ansiedad y depresión frente a los eventos estresantes. La DR refleja el mantenimiento de una conducta de recompensa. A los individuos con niveles elevados de DR se les describe como sentimentales y fácilmente influibles por los demás. P expresa el mantenimiento de la conducta como resistencia a la frustración. Una P elevada expresa la tendencia a mantener conductas no recompensadas y está correlaciona a mantener conductas no recompensadas y está correlaciona con la rigidez y la no recompensativa.

Las otras 3 dimensiones del TCI (autodirectividad [AD], cooperatividad [C], autotranscendencia [AT]) pretenden evaluar el carácter; se consideran rasgos de la personalidad adquiridos a través de la experiencia. La AD expresa el grado

en el que la persona se considera autónoma e integrada. La C refleja el grado en el que la persona se considera parte de la sociedad. La AT expresa el grado en el que la persona se considera parte integrante del universo. Las puntuaciones bajas de AD y de C parecen ser los factores predictivos más importantes del diagnóstico de categorías de trastornos del Eje II del DSM^{21,37}. El TCI muestra una buena consistencia interna (rango, 0,76-0,89)³⁷.

Working Alliance Inventory - Short Form, versión del cliente (WAI-S): el *Working Alliance Inventory*³⁸ es un instrumento de medida transteórico que se diseñó para ser aplicado en diferentes orientaciones y modalidades terapéuticas; se trata de uno de los cuestionarios aplicados con más frecuencia en la evaluación de la alianza terapéutica. El WAI-S (Short Form) utilizado en nuestro estudio es un cuestionario autoadministrado, de 12 ítems, formado por 3 subescalas diseñadas para evaluar 3 componentes principales de la alianza terapéutica: 1) grado de acuerdo entre cliente y terapeuta y compromiso mutuo respecto a los objetivos del tratamiento (objetivo), 2) grado de acuerdo entre cliente y terapeuta respecto a la forma de alcanzar los objetivos del tratamiento (tarea), 3) grado de confianza mutua, aceptación y sensación de fiabilidad entre cliente y terapeuta (vínculo). La puntuación combinada se utiliza como medida global de la alianza terapéutica. Se pidió a los participantes que valoraran cada afirmación en una escala de Likert de 7 puntos, entre 1 (nunca) y 7 (siempre). La puntuación total oscilaba entre 12 y 84, de tal manera que las puntuaciones más altas indicaban una alianza terapéutica más sólida.

Análisis de los datos

Todos los análisis de los datos se realizaron con el programa Statistical Package for Social Sciences. El paso inicial fue una descripción de la muestra de individuos con TLP (tabla 1). Se ha realizado una evaluación mediante un test de t para muestras independientes para comparar a varones con mujeres.

Finalmente, se han calculado una serie de regresiones lineales múltiples (escalonadas anterógradas) para detectar los factores independientes con valor predictivo para las puntuaciones globales del WAI-S y de las 3 subescalas (objetivo; tarea; vínculo) del WAI-S (tablas 2-4).

Resultados

Descripción de la muestra

En la tabla 1 se presentan las características de la muestra completa de pacientes incluidos en este estudio. Tan solo un 24,5% de los participantes no presentaban ninguna comorbilidad de trastornos del Eje I. En la misma tabla se presentan los valores de media y desviación estándar de la puntuación total de CGI, GAF, SCL-90R y de la puntuación total del WAI-S en T0. Los individuos incluidos en este estudio fueron pacientes ambulatorios tratados en el marco de un programa de tratamiento de salud ambulatorio «de la forma habitual» durante un periodo de 1 a 21 años (tabla 1).

Tabla 1 Descripción de la muestra

Variables	Media	Rango
Edad	36,6 ± 9,7	Rango 20-55
Escolarización	9,7 ± 1,8	Rango 8-13
CGI-T0	3,95 ± 0,88	Rango 2-6
GAF-T0	61,71 ± 8,84	Rango 30-75
WAI-S tot	45,44 ± 8,38	Rango 29-59
SCL-90R TOT T0	128,4 ± 73,3	Rango 24-295
Tiempo (años) desde el primer contacto	7,2 ± 0,79	Rango 1-21
Días de tratamiento en hospitalización ^a	14,6 ± 3,9	Rango 0-132
Variables	Número (%)	
Sexo		
Varones	18 (36,7)	
Mujeres	31 (63,3)	
Estado civil		
No casados	25 (51,0)	
Casados	21 (42,9)	
Divorciados	3 (6,1)	
Eje I		
Trastornos de la conducta alimentaria sin especificar	13 (26,5)	
Trastorno depresivo	5 (10,2)	
Distimia	15 (30,6)	
Trastorno obsesivo-compulsivo	1 (2,0)	
Trastorno de ansiedad generalizada	3 (6,1)	
Ningún trastorno del Eje I	12 (24,5)	
Medicación^a		
Sí	47 (96)*	
No	2 (4)	

ASG (antipsicóticos de segunda generación) N=11; BDZ (benzodiazepinas) N=25; CGI-T0 = *Clinical Global Impression* en T0; Estabilizadores del estado de ánimo (N=16; GAF-T0 = *Global Assessment of Functioning* en T0; IRSN (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) N=16; *ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) N=28; SCL-90R TOT T0 = *Symptom Checklist 90 Revised*, puntuación total en T0; WAI-S T0 = *Working Alliance Inventory-Short Form* en T0.

^a En el año anterior al reclutamiento para el estudio.

Comparación entre varones y mujeres

No se apreció ninguna diferencia notable entre los grupos de varones y mujeres. En consecuencia, el sexo no se consideró un factor de confusión en el análisis de regresión (se proporcionarán datos al respecto a los lectores interesados).

Factores predictivos de la alianza terapéutica

La regresión múltiple lineal (escalonada anterógrada) mostró que solamente 3 variables (evaluadas en el momento inicial) predecían el nivel de alianza terapéutica en el conjunto de la muestra: 1) evitación del daño, 2) edad, 3) puntuación total de las 2 últimas de estas variables mostraban una correlación directa con la puntuación total del WAI-S, mientras que una menor evitación del daño predice una puntuación más alta del WAI-S (tabla 2).

Factores predictivos de las 3 subescalas del WAI-S

La relación entre las variables evaluadas al inicio y la puntuación de las 3 subescalas del WAI-S se ha explorado con métodos de regresión lineal múltiple (objetivo; tarea y vínculo). Por lo que respecta a la subescala de «objetivo» (ítems 1, 4, 8, 10, 11), no se ha identificado ningún factor predictivo. En el caso de las subescalas de «tarea» (ítems 2, 6, 12) y «vínculo» (ítems 3, 5, 7, 9), las variables identificadas como factores predictivos de la alianza terapéutica se presentan en la tabla 3 y la tabla 4.

Discusión

Según lo indicado en la literatura, la alianza terapéutica (AT) está intensamente relacionada con el proceso y con los resultados de la psicoterapia⁴⁰. En los individuos que presentan un TLP es frecuente observar dificultades para construir una buena alianza con el terapeuta⁷: por consiguiente, la identificación de los factores predictivos de la AT podría ser relevante para prever qué pacientes con TLP responderán menos a la psicoterapia y para aplicar a estos pacientes tratamientos individualizados.

En nuestro estudio descriptivo de la práctica clínica real y de carácter exploratorio, evaluamos a 49 pacientes con TLP según la edad, sexo, gravedad clínica y características de temperamento y carácter antes de iniciar la aplicación de un módulo (40 sesiones) de la *Sequential Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy* (SB-APP)³⁹, y valoramos la AT al final del tratamiento.

Los pacientes incluidos en nuestro estudio debían valorar su relación con el psicoterapeuta según los siguientes criterios: 1) nivel de acuerdo y compromiso mutuo en cuanto a los objetivos de tratamiento, 2) nivel de acuerdo sobre los métodos conducentes a los objetivos del tratamiento, 3) grado de confianza mutua, aceptación y sensación de fiabilidad. La evaluación de la AT se realizó al final del primer módulo de SB-APP con objeto de evitar interferencias con la labor clínica. Se preveía que la percepción subjetiva de la relación con el terapeuta sería estable después de casi un año, mientras que con frecuencia cambia o está idealizada al inicio del tratamiento del TLP.

Estudios previos han indicado que hay evidencias que indican que algunos aspectos psicosociales específicos tienen valor predictivo respecto a la AT y el resultado de la psicoterapia: calidad de las relaciones de objeto⁴¹, que caracteriza el patrón de relaciones del paciente a lo largo de toda la vida, función interpersonal reciente⁴¹ y mecanismos de defensa⁴². En los pacientes con TLP, tanto la calidad de las relaciones de objeto³⁰ como el nivel de defensa⁴³ son bajos.

Además, se observaron niveles bajos de puntuación del TCI para la autodirectividad (AD)¹⁹⁻²¹ en los pacientes con trastornos de la personalidad graves y, en especial en los que presentaban un TLP. Los individuos con una AD baja presentan una autonomía y autointegración bajas, y se les describe como inmaduros y inseguros, emocionalmente inestables, poco colaboradores e impulsivos^{22,37,44}.

En cambio, es poco todavía lo que se sabe de las características de temperamento de los pacientes en cuanto a la predicción de la AT y la utilidad de la psicoterapia. En

Tabla 2 Factores predictivos independientes para la alianza terapéutica en T12: regresión lineal múltiple (escalonada anterógrada)

Modelo	R cuadrado	Variables	B	Error estándar	T	Sig
1	0,113	Constante	56,38	4,60	12,24	0,000
		TCI-ED	-0,50	0,20	-2,45	0,018
2	0,209	Constante	55,82	4,40	12,68	0,000
		TCI-ED	-0,65	0,20	-3,15	0,003
		SCL-90R TOT-T0	0,03	0,01	2,36	0,022
3	0,290	Constante	62,41	5,12	12,17	0,000
		TCI-ED	-0,54	0,20	-3,15	0,003
		SCL-90R TOT-T0	0,04	0,01	2,36	0,022
		EDAD	-0,26	0,11	12,17	0,000

1 Predictores: (Constante), TCI-ED; 2 Predictores: (Constante), TCI-ED, SCL-90R TOT-T0; 3 Predictores: (Constante), TCI-ED, SCL-90R TOT-T0, EDAD.

Nota. Variables incluidas en el análisis: TCI: BN=búsqueda de novedad; ED=evitación del daño; DR=dependencia de recompensa; PP=persistencia; AD=autodirectividad; CC=cooperatividad; AT=autotrascendencia.; EDAD; escolarización; SCL-90R TOT-T0; CGI-T0; GAF-T0; duración del contacto con el SSM.

Tabla 3 Factores predictivos independientes para la alianza terapéutica subescala de «tarea» en T12: regresión lineal múltiple (escalonada anterógrada)

Modelo	R cuadrado	Variables	B	Error estándar	T	Sig
1	0,083	Constante	20,002	1,94	10,28	0,000
		TCI-ED	-0,176	0,085	-2,06	0,043
2	0,158	Constante	18,856	1,97	9,584	0,000
		TCI-ED	-0,188	0,085	-2,267	0,028
		SCL-90R TOT-T0	0,011	0,005	2,018	0,047

1 Predictores: (Constante), TCI-ED; 2 Predictores: (Constante), TCI-ED, SCL-90R TOT T0.

Nota. Variables incluidas en el análisis: TCI: BN=búsqueda de novedad; ED=evitación del daño; DR=dependencia de recompensa; PP=persistencia; AD=autodirectividad; CC=cooperatividad; AT=autotrascendencia; EDAD; escolarización; SCL-90R TOT-T0; GAF-T0; CGI-T0; duración del contacto con el SSM.

los pacientes ansiosos y deprimidos, las puntuaciones de la dimensión de la personalidad correspondiente a la evitación del daño están correlacionadas con las puntuaciones de maladaptación defensiva⁴⁵, pero no se describen efectos explícitos sobre la AT.

En el presente estudio, se identificaron 3 factores predictivos de la AT (evaluados por el cliente) independientes, a través de una regresión lineal múltiple: 1) los niveles más elevados de ED (que es un rasgo de la personalidad correspondiente al temperamento según el TCI) predicen

Tabla 4 Factores predictivos independientes para la alianza terapéutica subescala «vínculo» en T12: regresión lineal múltiple (escalonada anterógrada)

R cuadrado	Variables	B	Error estándar	T	Sig
0,123	Constante	27,744	2,471	11,229	0,000
	TCI-HA	-0,279	0,108	-2,572	0,013
0,198	Constante	26,249	2,494	10,524	0,000
	TCI-HA	-0,294	0,105	-2,802	0,007
	SCL-90R TOT-T0	0,014	0,007	2,076	0,042
0,273	Constante	22,46	2,98	7,536	0,000
	TCI-ED	-0,245	0,104	-2,365	0,022
	SCL-90R TOT-T0	0,016	0,007	2,363	0,022
	TCI-PP	-0,556	0,259	2,147	0,037

1 Predictores: (Constante), TCI-ED; 2 Predictores: (Constante), TCI-ED, SCL-90R TOT T0; 3 Predictores: (Constante), TCI-ED, SCL-90R TOT T0, PP (persistencia).

Nota. Variables incluidas en el análisis: TCI: BN=búsqueda de novedad; ED=evitación del daño; DR=dependencia de recompensa; PP=persistencia; AD=autodirectividad; CC=cooperatividad; AT=autotrascendencia; EDAD; escolarización; SCL-90R TOT-T0; GAF-T0; CGI-T0; duración del contacto con el SSM.

las dificultades en la construcción de una buena AT; 2) en cambio, los niveles más altos de psicopatología general (puntuación total de la SCL-90R) pueden llevar a una mejor AT; 3) la mayor edad está relacionada de forma global con una mejor AT.

Según lo indicado por el primer resultado de este estudio, la AT parece estar relacionada con una característica específica del temperamento de los pacientes con TLP (niveles elevados de ED) y no con el nivel de debilidad del carácter (niveles bajos de AD). Esta observación podría aportar una nueva perspectiva para evaluar el proceso psicoterapéutico, comparando también las características del temperamento de los pacientes con TLP con las de sus padres⁴⁶.

El temperamento es una parte de la personalidad que es moderadamente heredable, se mantiene estable durante toda la vida, y depende de la función de los neurotransmisores en el sistema nervioso central²¹. La ED refleja la eficiencia del sistema de inhibición conductual. A los individuos con una ED elevada se les describe como extremadamente cuidadosos, pasivos, rígidos, deprimidos e inseguros²¹. En los pacientes ambulatorios con TLP incluidos en el presente estudio, los que tenían puntuaciones de ED más altas mostraron una peor AT al final del tratamiento (para las 3 subescalas del WAI-S). Se les podía identificar como un subgrupo de pacientes con TLP que tenían, por su temperamento, una alta tendencia a la ansiedad y al vínculo de evitación. Este tipo de pacientes podrían presentar más dificultades para establecer una alianza terapéutica, y un deterioro más grave de la función interpersonal⁴⁷. Estos datos concuerdan también con los obtenidos en los trastornos de la conducta alimentaria: una ED más alta predice el abandono del tratamiento en la anorexia nerviosa^{7,17}.

Además, las investigaciones del proceso en las psicoterapias psicodinámicas de duración limitada han sugerido ya que la AT aumenta con se intervenciones técnicas del terapeuta, cuando estas se emplean de la forma apropiada⁴⁸. De manera más detallada, la interpretación de la transferencia, que puede tener una gran relación con la alianza terapéutica, podría ser útil o nociva según la función de personalidad de cada paciente⁴⁸.

En contra de la expectativa más común, los pacientes con una mala relación de objeto⁴⁹ y una AT baja⁵⁰ obtuvieron más del tratamiento con una interpretación de transferencia negativa. De manera más detallada, demasiadas interpretaciones de transferencia pueden reducir la AT y pueden tener un efecto negativo en pacientes con un nivel más elevado de función defensiva⁵¹. En cambio, los niveles más altos de interpretaciones podrían aumentar la AT en los pacientes con un nivel más bajo de función defensiva⁵¹.

Por lo que respecta a los pacientes con TLP, podría ser necesaria la evaluación de diferentes características de la personalidad para aplicar diferentes intervenciones técnicas durante la psicoterapia psicodinámica. Para preservar la AT, es probable que los pacientes con una ED más elevada obtengan un efecto beneficioso de un trabajo terapéutico intensivo sobre las relaciones distorsionadas que presentan, incluida la interpretación de la transferencia.

La SB-APP, que es un tratamiento bien estructurado, mediante una estrategia psicoterapéutica intensiva, parece más eficaz que el apoyo psicológico no estructurado en los pacientes ambulatorios con TLP³⁹. Concretamente, los

pacientes con TLP que recibieron la SB-APP presentaron un mejor resultado en cuanto a impulsividad, tendencias suicidas, perturbación de las relaciones, y mostraron una buena AT³⁹, pero no se ha investigado el papel de los rasgos del temperamento en el desarrollo y mantenimiento de la AT.

El segundo resultado de este estudio indica que los niveles más elevados de psicopatología general (puntuación total de la SCL-90 R) pueden conducir a una mejor AT. Por lo que respecta a las puntuaciones de SCL-90-R obtenidas al inicio, los pacientes con un mayor nivel de síntomas psiquiátricos y psicósomáticos parecieron dispuestos a crear una mejor relación terapéutica. Dado que la SCL-90-R es un cuestionario autoadministrado, los individuos que se autoevaluaron como afectados por un trastorno más grave podrían haber tenido también una percepción mayor de su enfermedad en el momento de la evaluación inicial (función egodistónica). Los individuos con una función egodistónica muestran con frecuencia una mayor adherencia al tratamiento y es más probable que busquen una alianza sólida con su terapeuta.

Por último, por lo que respecta a la edad, los pacientes más jóvenes tienden a tener un menor nivel de AT con el psicoterapeuta en nuestra muestra. Este dato podría no resultar extraño, puesto que los pacientes de menor edad están con frecuencia menos motivados y tienden a tener un mayor nivel de egosintonía con sus síntomas y comportamientos.

Este estudio tiene varias limitaciones derivadas de la especial complejidad de este campo de investigación y de la metodología descriptiva de la práctica clínica real utilizada. En primer lugar, el tamaño de la muestra estudiada; en segundo lugar, la ausencia de un grupo control en el que se aplicara una estrategia de tratamiento diferente no permitió investigar efectos específicos del tratamiento; finalmente, la imposibilidad de comparar los resultados con los de un grupo de individuos con TLP que abandonaron la terapia. Además, la utilización de 2 cuestionarios autoadministrados, como el TCI y el WAI-S, podría haber sesgado los resultados. Los individuos con una ED más alta podrían haber mostrado un determinado estilo de respuesta en todos los tipos de cuestionarios autoadministrados.

Conclusión

Si estos resultados preliminares se confirman en estudios posteriores, podría ser útil prestar más atención a la evaluación de las dimensiones del temperamento antes de planificar las intervenciones psicosociales para individuos con TLP. Este tipo de evaluación (mediante el TCI o instrumentos similares) podría resultar útil para identificar diferentes subgrupos iniciales de pacientes ambulatorios con TLP que necesitan intervenciones técnicas específicas durante la psicoterapia psicodinámica para reforzar y mantener la alianza terapéutica. Concretamente, para preservar la AT, es probable que los pacientes con TLP que muestran una mayor evitación del daño obtengan un efecto beneficioso de un trabajo terapéutico intensivo sobre sus relaciones distorsionadas, incluida la interpretación de la transferencia^{48,49}.

Naturalmente, la interpretación de estos datos parece en este momento todavía especulativa, pero estos resultados respaldan la necesidad de factores predictivos para

individualizar mejor las intervenciones de psicoterapia psicodinámica a corto plazo en el TLP en un contexto especializado o no especializado⁵².

Responsabilidades éticas

Protección de sujetos humanos y animales. Los autores declaran que no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales para esta investigación.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo en cuanto a la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o los sujetos mencionados en este artículo. El autor señalado para la correspondencia está en posesión de este documento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Cons Clin Psychol.* 1993;61:561-73.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract.* 1979;16:252-60.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. *J Cons Clin Psychol.* 2000;68:438-50.
- Pereira T, Lck J, Oggins J. Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Dis.* 2006;39:677-84.
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden P. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiat Serv.* 2000;51:216-22.
- Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper CA, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schiz Bull.* 2002;28:341-9.
- Fassino S, Amianto F, Abbate Daga G, Leombruni P. Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service. *Panmin Med.* 2007;49:7-15.
- Spinhoven P, Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Kooiman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Cons Clin Psychol.* 2007;75:104-15.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol.* 1991;38:139-49.
- Bender DS. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract.* 2005;11:73-87.
- Hersoug AG, Monsen JT, Havik OE, Hoglend P. Quality of working alliance in psychotherapy: diagnosis relationship and intra-psyche variables as predictors. *Psychother Psychosom.* 2002;71:18-27.
- Svensson B, Hansson L. Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99:281-7.
- Couture SM, Roberts DL, Penn DL, Cather C, Otto MW, Goff D. Do baseline client characteristics predict the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia? *J Nerv Ment Dis.* 2006;194:10-4.
- Puschner B, Bauer S, Horowitz LM, Kordy H. The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *J Clin Psychol.* 2005;61:415-29.
- Bennett D, Parry G, Ryle A. Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: a task analysis. *Psychol Psychother.* 2006;79:395-418.
- Fassino S, Abbate-Daga G, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychother Psychosom.* 2003;72:203-10.
- Fassino S, Abbate Daga G, Pierò A, Rovera GG. Dropout from Brief Psychotherapy in Anorexia Nervosa. *Psychother Psychosom.* 2002;71:200-6.
- Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British J Psychiat.* 2006;188:1-3.
- Barnow S, Herpertz SC, Spitzer C, Stopsack M, Preuss UW, Grabe HJ, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathol.* 2007;40:369-78.
- Ha KS, Kim SJ, Yune SK, Kim JH, Hwang JW, Lee NY, et al. Three-year follow up of women with and without borderline personality disorder: development of Cloninger's character in adolescence. *Psychiat Clin Neurosci.* 2004;58:42-7.
- Cloninger CR. A practical way to diagnose personality disorder: a proposal. *J Pers Dis.* 2000;14:99-108.
- Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2001;15:390-402.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *SCID II Personality Questionnaire.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0).* Nueva York: Biometric Research, New York State Psychiatric Institute; 1996.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th Ed Text Revision, Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorders: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry.* 2008;165:631-8.
- Fassino S, Amianto F, Ferrero A. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panmin Med.* 2008;50:165-75.
- Fassino S, Ferrero A, Pierò A, Mondelli E, Caviglia M, Delsedime N, et al. Rehabilitative residential treatment in patients with severe mental disorders: factors associated with short term outcome. *Am J Orthopsychiat.* 2004;74:33-42.
- Ferrero A, Pierò A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Abbate Daga G, et al. A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatr.* 2007;22:530-9.
- Gunderson JG. The borderline patient intolerance of aloneness: insecure attachment and therapist availability. *Am J Psychiatry.* 1996;153:752-8.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psych.* 1976;33:764-71.
- Groth-Marnat G. *The handbook of psychological assessment.* 2.^a ed. Nueva York: John Wiley & Sons; 1990.

33. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL 90 and the MMPI: a step in the validation of a new self report scale. *Br J Psychiatr*. 1976;128:280-9.
34. Schmitz N, Hartkamp N, Franz M, Buse S, Karig R, Tress W. Properties of the Symptom Check List (SCL-90-R) in a psychosomatic consultation-liason setting. *Psychol Rep*. 2002;90:1201-20.
35. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychol Rep*. 1991;69:1047-57.
36. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University; 1994.
37. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatr*. 1993;50:975-90.
38. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Counsel Psychol*. 1989;36:223-33.
39. Amianto F, Ferrero A, Pierò A, Cairo E, Rocca G, Simonelli B, et al. Supervised team management, with or without structured psychotherapy, in heavy users of a mental health service with borderline personality disorder: a two-year follow-up preliminary randomized study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:181-95.
40. Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, María Gómez A, Herrero O, et al. Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychother Res*. 2008;18:535-42.
41. Piper WE, Azim HF, Joyce AS, Mc Callum M, Nixon GW, Segal PS. Quality of objects relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic outcome in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179:432-8.
42. Hersoug AG, Sexton HC, Høglend P. Contributions of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *Am J Psychother*. 2002;56:539-54.
43. Perry JC. A pilot study of defences in adults with personality disorders entering psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:651-60.
44. Gutierrez F, Navines R, Navarro P, Garcia-Estevé L, Subirà S, Torrens M, et al. What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Compr Psychiatr*. 2008;49:570-8.
45. Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q*. 2001;72:251-62.
46. Fassino S, Amianto F, Gastaldi F, Abbate-Daga G, Brambilla F, Leombruni P. Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: a controlled study using the Temperament and Character Inventory. *Psychiatry Res*. 2009;165:128-36.
47. Zanarini MC, Frankenburg FR. The essential nature of borderline psychopathology. *J Pers Dis*. 2007;21:518-35.
48. Schaeffer JA. Transference and counter transference interpretations: harmful or helpful in short-term dynamic therapy? *Am J Psychother*. 1998;52:1-17.
49. Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøgwald KP, Sørbye O, Sjaastad MC, et al. Analysis of patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1739-46.
50. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS. Quality of object relationship as a moderator of the relationship between pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Pers Assess*. 2004;83:345-56.
51. Hersoug AG. Assessment of therapists' and patients' personality: dynamic psychotherapy. *J Pers Assess*. 2004;83:191-200.
52. Goldman GA, Gregory RJ. Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *Am J Psychother*. 2010;64:359-71.