

## Revisión

## El trastorno de personalidad por evitación: una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española



Felix Inchausti<sup>a,b,\*</sup>, Javier Prado-Abril<sup>c,d</sup>, Sergio Sánchez-Reales<sup>e</sup>, Raül Vilagrà-Ruiz<sup>f</sup> y Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>g,h</sup>

<sup>a</sup> Complejo Hospitalario de Navarra, CSM Ermitagaña, Pamplona, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España

<sup>c</sup> Complejo Hospitalario de Navarra, CSMIJ Natividad Zubieta, Pamplona, España

<sup>d</sup> Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (redIAPP), IIS Aragón, Zaragoza, España

<sup>e</sup> Hospital Virgen del Castillo, CSM Jumilla, Murcia, España

<sup>f</sup> Centre d'Higiene Mental, CSMIJ Sarrià-Sant Gervasi, Barcelona, España

<sup>g</sup> Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, Logroño, España

<sup>h</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Oviedo, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 20 de abril de 2018

Aceptado el 22 de mayo de 2018

On-line el 17 de octubre de 2018

#### Palabras clave:

Trastorno de la personalidad por evitación  
Tratamiento  
Mentalización  
Metacognición

#### Keywords:

Avoidant personality disorder  
Treatment  
Mentalization  
Metacognition

### R E S U M E N

El trastorno de la personalidad por evitación es un problema de salud mental común, heterogéneo y altamente incapacitante. Sin embargo, muy pocos trabajos se han centrado específicamente en su tratamiento y no se dispone de guías clínicas para su abordaje. En consecuencia, el principal objetivo de este trabajo es revisar la literatura disponible en este campo y presentar una propuesta de tratamiento especializado para pacientes con trastorno de la personalidad por evitación grave en la sanidad pública española. El programa Galatea es un tratamiento intensivo y prolongado que combina la terapia individual basada en la mentalización y la terapia metacognitiva interpersonal en grupo. Con el fin de ilustrar el tratamiento, se presenta un caso clínico tratado dentro del programa. Por último, se discuten las implicaciones asistenciales de Galatea en el tratamiento especializado del trastorno de la personalidad por evitación grave en el ámbito público.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### The avoidant personality disorder: A proposal for specialized treatment in the Spanish National Health System

#### A B S T R A C T

Avoidant personality disorder is a common, heterogeneous and disabling mental health problem. Despite this, few studies have specifically focused on avoidant personality disorder treatment, and clinical guidelines have not been developed. Therefore, the main purpose of this work is to critically review the available literature on this topic, and propose a specialized treatment for patients with severe avoidant personality disorder in the Spanish National Health System. The Galatea program is an intensive and longer treatment that combines individual therapy based on Mentalization-Based Therapy and Metacognitive Interpersonal Group Therapy. In order to illustrate the treatment, a clinical case treated within the program is presented. Finally, Galatea's healthcare implications in the specialized treatment of severe avoidant personality disorder in the public mental health settings are discussed.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [finchausti@unav.es](mailto:finchausti@unav.es) (F. Inchausti).

## Introducción

El trastorno de la personalidad por evitación (TPE) es un problema de salud mental que se encuadra dentro del clúster C de los trastornos de la personalidad (TP), junto con los TP dependiente y obsesivo-compulsivo. El TPE se define por un patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación, evitación de las interacciones sociales e hipersensibilidad a la evaluación negativa (APA, 2013). Es, además, un trastorno heterogéneo que genera un elevado deterioro psicosocial y socioeconómico (Wilberg, Karterud, Pedersen y Urnes, 2009), así como altos costes personales y socio-sanitarios (Eikenaes, Hummelen, Abrahamsen, Andrea y Wilberg, 2013; Kvarstein et al., 2013). Este TP no solo se encuentra entre los más incapacitantes, sino también entre los más prevalentes. Se estima que su prevalencia a lo largo de la vida es del 1.7% en población general (Torgersen, 2009) y del 14.7% en pacientes atendidos en contextos clínicos (Zimmermann et al., 2013). Sin embargo, la literatura empírica sobre el tratamiento del TPE se caracteriza por las muestras reducidas y la heterogeneidad en cuanto a la duración, la naturaleza teórico-técnica de los tratamientos y las medidas utilizadas para comprobar su efectividad. En este sentido, Weinbrecht, Schulze, Boettcher y Renneberg (2016) han subrayado las dificultades actuales para llevar a cabo una revisión Cochrane acerca del tratamiento del TPE debido a la falta de estudios específicos en la literatura, apuntando a la necesidad urgente de aumentar la investigación en este campo.

En este contexto, el presente trabajo cumple un doble objetivo. En primer lugar, examinar el estatus empírico actual sobre el tratamiento del TPE revisando críticamente la literatura disponible. En segundo lugar, presentar una propuesta de tratamiento especializado, que empieza a dar sus primeros pasos en el entorno asistencial público español, y que participa en un proyecto internacional para acumular datos sobre la efectividad de la terapia metacognitiva interpersonal en grupo (MIT-G) a través de un ensayo clínico aleatorizado (ECA) multicéntrico con pacientes con TP (ensayo en curso registrado como ACTRN12618000198224).

Con tales objetivos, inicialmente se revisan aquellos estudios que aportan datos sobre los efectos de la psicoterapia en pacientes diagnosticados con TPE o que incluyeron al menos un 50% de casos con TPE. Posteriormente, se presenta el programa Galatea, una propuesta de tratamiento especializado diseñado para ser implementado en régimen ambulatorio en el sistema sanitario público español. A continuación y con el propósito de facilitar su descripción, el programa se ilustra con un caso clínico. Por último, se sintetizan y desglosan algunas recomendaciones generales para el tratamiento de los pacientes con TPE grave.

## Hallazgos principales de la literatura existente

Hasta la fecha, disponemos únicamente de 3 ECA que examinan la eficacia de la psicoterapia exclusivamente en pacientes con TPE (Alden, 1989; Emmelkamp et al., 2006; Stravynski, Lesage, Marcouiller y Elie, 1989). El primero fue el estudio de Alden (1989), que incluyó a 76 pacientes con TPE que fueron asignados a un grupo experimental de terapia conductual grupal centrada en la exposición social, con unas 10 semanas de duración, o a un grupo control de lista de espera. Al finalizar el ensayo, los resultados apuntaron una mejora significativa de los pacientes del grupo experimental frente a los controles, la cual se mantuvo significativa a los 3 meses de seguimiento. Sin embargo, los pacientes no alcanzaron un nivel óptimo de funcionamiento por lo que Alden concluye que, a corto plazo, esta intervención no fue suficiente para superar el patrón habitual de evitación de este tipo de pacientes.

Por su parte, Emmelkamp et al. (2006) compararon la efectividad de una terapia cognitivo-conductual (TCC) de 20 semanas

de duración frente a una terapia psicodinámica breve de igual duración en 62 pacientes con TPE. Este ensayo mostró que la TCC era superior a la terapia psicodinámica breve incluso a los 6 meses de seguimiento. Asimismo, el entrenamiento grupal en habilidades sociales como parte de la intervención en TPE no parece tener ningún efecto adicional ni en el tratamiento individual ni grupal (Stravynski et al., 1989; Zimmermann et al., 2013).

Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless (1990) pusieron a prueba la efectividad de un programa de tratamiento conductual intensivo de 4 días (32 h) de duración que incluía desensibilización sistemática grupal, ensayos conductuales y trabajo de la autoimagen. Los participantes recibieron este tratamiento de forma complementaria a su terapia individual habitual, por lo que la dosis de terapia individual antes y después del programa intensivo fue variable. Los resultados de este estudio piloto revelaron mejoras estadísticamente significativas en la propia percepción del nivel de síntomas, así como en el nivel de funcionamiento a los 3 meses y al año de seguimiento. El cambio más destacable se obtuvo en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969), con un porcentaje de pacientes recuperados del 40%. Los resultados están limitados por la ausencia de grupo control.

En un estudio piloto cuasiexperimental, Eikenaes, Gude y Hoffart (2006) integraron la terapia en la naturaleza (*Wilderness Therapy*, IWT) en un programa combinado de terapia grupal e individual de 12 semanas de internamiento para evaluar su efectividad en 16 pacientes con TPE. Los 16 pacientes que recibieron IWT presentaron un deterioro superior al comienzo del estudio y fueron tratados menos tiempo que los 37 pacientes con TPE del grupo control, que solo recibieron terapia individual y grupal sin IWT. Al finalizar el tratamiento, ambos grupos mejoraron significativamente en síntomas, problemas interpersonales y socialización, y no se encontraron diferencias significativas entre ambas modalidades de tratamiento. Sin embargo, a los 12 meses de seguimiento, la mitad de los pacientes del grupo experimental no cumplieron criterios diagnósticos de TPE, y los varones que recibieron IWT continuaron mejorando mientras que los controles varones recayeron. Por el contrario, las mujeres del grupo control mejoraron tanto durante el tratamiento como en el seguimiento.

Barber, Morse, Krakauer, Chittams y Crits-Christoph (1997) llevaron a cabo un estudio naturalista de tiempo limitado a lo largo de 52 sesiones de psicoterapia expresiva de apoyo. Estos autores encontraron que el 60% de los 24 pacientes con TPE no cumplían los criterios diagnósticos al finalizar el tratamiento, frente al 85% de los 14 pacientes con TP obsesivo-compulsivo. La elevada tasa de abandonos en el grupo con TPE (el 46% no completó el tratamiento), unida a la falta de evaluaciones de seguimiento, obligan a ser cautelosos en la interpretación del alcance de los resultados.

En los últimos años, varios estudios de caso único han revelado buenos resultados en el tratamiento del TPE utilizando la terapia metacognitiva interpersonal (MIT; Dimaggio, Montano, Popolo y Salvatore, 2015a), la terapia interpersonal (Gilbert y Gordon, 2013), la terapia de aceptación y compromiso en combinación con la terapia dialéctica conductual (Chan, Bach y Bedwell, 2015) y la terapia centrada en la emoción (Pos, 2014).

Otros estudios recientes sobre tratamiento de TP del clúster C que incluyeron entre 51-63% de pacientes con TPE han arrojado resultados prometedores (Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz, 2014; Bartak et al., 2010; Svartberg, Stiles y Seltzer, 2004). En el estudio de Bamelis et al. (2014), 323 pacientes ambulatorios con TP principalmente del clúster C fueron asignados aleatoriamente a terapia individual centrada en esquemas (SFT), terapia orientada a la clarificación o tratamiento habitual. La mediana total de sesiones de tratamiento a lo largo de los 3 años que duró el ECA fue 50 para el grupo SFT, 51 para terapia orientada a la clarificación y 22 para tratamiento habitual. Los resultados obtenidos señalaron mayor eficacia de la SFT frente al resto de intervenciones atendiendo a la

tasa de abandonos y el cumplimiento de criterios diagnósticos del DSM-IV a los 3 años. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los autoinformes.

En el ECA de Svartberg et al. (2004), 50 pacientes con TP del clúster C fueron asignados a 40 sesiones semanales de terapia individual psicodinámica o terapia cognitiva. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas terapias durante el tratamiento ni en el seguimiento. A los 2 años, el 54% de los pacientes que recibieron la terapia psicodinámica y el 42% de los que recibieron la terapia cognitiva mejoraron sus síntomas. Independientemente del grupo, el 40% de los participantes del estudio se recuperó en términos de problemas interpersonales y criterios para un TP. Entre las limitaciones de este estudio cabe destacar que todas las medidas provinieron de autoinformes y que aproximadamente el 40% de los pacientes no cambiaron sus puntuaciones después del tratamiento. Otro aspecto relevante de este estudio fue que, a diferencia del estudio de Emmelkamp et al. (2006), la terapia psicodinámica se modificó específicamente para mejorar la regulación de la ansiedad, lo cual ha sido objeto de cierta controversia (Leichsenring y Leibling, 2007).

Bartak et al. (2010) examinaron la efectividad de diferentes modalidades de tratamiento en 371 pacientes con TP del clúster C en un estudio multicéntrico naturalista. La gravedad y características diferenciales de los participantes fueron controladas estadísticamente. El tratamiento hospitalario de corta duración (esto es, de 6 meses como máximo) fue superior al tratamiento ambulatorio de larga duración (de más de 6 meses), al tratamiento en hospital de día tanto de corta como de larga duración, y al tratamiento hospitalario de larga duración. Las medidas utilizadas en este estudio fueron autoinformes de síntomas, funcionamiento psicosocial y calidad de vida.

Por último, varios estudios han identificado que sufrir un TPE parece ser un factor de mal pronóstico que incrementa, además, el riesgo de recaída tras recibir tratamiento (Gude y Vaglum, 2001; Huppert, Strunk, Ledley, Davidson y Foa, 2008; Karterud et al., 2003; Robinson y Safer, 2012; Seemuller et al., 2014; Vrabel, Ro, Martinsen, Hoffart y Rosenvinge, 2010; Weinbrecht et al., 2016). No obstante, para determinar esta cuestión, es preciso controlar el nivel de gravedad del trastorno al inicio del tratamiento, algo que no se ha hecho en todos los estudios previos.

La Tabla 1 recoge el diseño e instrumentos de medida utilizados en los estudios realizados específicamente con participantes con TPE. En resumen, la terapia conductual y la TCC parecen ser las intervenciones más eficaces. La terapia psicodinámica breve ha mostrado resultados contradictorios frente a la TCC, y la SFT podría ser una alternativa de tratamiento prometedora en el TPE (Weinbrecht et al., 2016). En cualquier caso, la modalidad y duración del tratamiento en el TPE siguen pendientes de sistematización y validación empírica y se requiere mayor cantidad de investigación específica.

### El programa Galatea

La realidad asistencial en el campo general de los TP y del TPE en particular, en consonancia con el panorama internacional, se caracteriza por un escaso desarrollo más allá de lo relativo al trastorno límite de la personalidad (TLP) (Martin-Blanco et al., 2017; Nararro-Haro et al., 2016; Pascual et al., 2015). Ello supone limitaciones tanto en la detección y diagnóstico del TPE como problemas a la hora de caracterizar y comprender los aspectos nucleares de su tratamiento. En el ámbito público español, los pacientes con TPE grave por lo general son atendidos de forma ambulatoria en los

**Tabla 1**  
Estudios sobre tratamiento del trastorno de personalidad por evitación

Estudio	País	N	Criterios diagnósticos	Instrumentos de medida	Comparación	Duración	Seguimiento	Conclusión
Alden (1989)	Canadá	76	DSM-III	Social Reticence Inventory Self-Report Inventory Shyness questionnaire	EG + EHS + foco en la intimidad vs. control	10 s	3 m	El grupo experimental no alcanza un funcionamiento normativo TCC > TPB > control
Emmelkamp et al. (2006)	Holanda	62	DSM-IV	Lehrer Woolfolk Anxiety Symptoms Questionnaire Personality Disorder Belief Questionnaire Social Phobia Anxiety Inventory Avoidance Scale	TCC vs.. TPB vs. control	20 s	6 m	
Stravynski et al. (1989)	Canadá	28	DSM-III	Structured and Scaled Interview to assess Maladjustment Beck Depression Inventory Social Avoidance and Distress Hamilton Anxiety Scale Role-play test and Self-monitoring Fear of Negative Evaluation Scale	EHS vs. GD	10 s	No	El EHS en grupo no aporta beneficios en el tratamiento del TPE
Renneberg et al. (1990)	EE. UU.	17	DSM-III-R	Personal Self Scale Social Avoidance and Distress scale Gambrell and Richey Assertion Inventory Beck Depression Inventory State Trait Anxiety Inventory Social Adjustment Scale	TC + TAU	4 d	12 m	El 40% de los participantes mejoró significativamente en la escala de Miedo a la Evaluación Negativa
Eikenaes et al. (2006)	Noruega	53	DSM-IV-TR	Symptom Check List 90 Beck Depression Inventory Inventory of Interpersonal Problems Phobic Avoidance Rating Scale Personality Diagnostic Questionnaire 4+	IWT vs. TAU	6 d	12 m	Ambos grupos mejoraron significativamente, sin encontrarse diferencias entre ambos

EG: exposición gradual; EHS: entrenamiento en habilidades sociales; GD: grupo de discusión; IWT: terapia en la naturaleza; TAU: tratamiento habitual; TC: terapia conductual; TCC: terapia cognitivo-conductual; TPB: terapia psicodinámica breve; TPE: trastorno de la personalidad por evitación.

**Tabla 2**  
Estructura general del programa Galatea para TPE

Fase	Duración	Objetivos principales
Pretratamiento	1-3 sesiones individuales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer un contrato terapéutico</li> <li>2. Comprobar la motivación al cambio</li> <li>3. Implicar al paciente con el tratamiento</li> <li>4. Evaluar las habilidades metacognitivas y los esquemas interpersonales disfuncionales</li> <li>5. Consensuar una formulación clínica del caso y los objetivos terapéuticos</li> </ol>
Terapia individual (TBM)	12-18 meses con sesiones individuales de frecuencia variable	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorecer la mentalización</li> <li>2. Entrenar la autorreflexividad</li> <li>3. Trabajar con estados mentales actuales</li> <li>4. Tener en cuenta los déficits del paciente</li> </ol>
Terapia grupal (MIT-G)	4-5 meses con 16 sesiones grupales semanales combinadas con TBM individual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar las habilidades para entender la mente de otros</li> <li>2. Modificar los esquemas interpersonales disfuncionales</li> <li>3. Entrenar las habilidades de regulación emocional en grupo</li> </ol>
Fase final	6 meses con sesiones individuales mensuales tras finalizar MIT-G	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparar el fin de la terapia</li> <li>2. Mantener logros y prevenir recaídas</li> <li>3. Cerrar la terapia</li> </ol>

MIT-G: terapia metacognitiva interpersonal en grupo; TBM: terapia basada en la mentalización; TPE: trastorno de la personalidad por evitación.

centros de salud mental (CSM). Sin embargo, lo habitual es que en los CSM no existan programas de tratamiento específicamente dirigidos a tratar esta patología.

Hasta la fecha y que sepamos, no contamos con datos que avalen la psicoterapia individual y/o grupal para este perfil de pacientes en España. En respuesta a estas limitaciones, algunas unidades han comenzado a desarrollar programas especializados para este perfil que combinan terapias individuales y grupales ambulatorias de mayor duración. Estos esfuerzos emergentes aún no han sido evaluados en nuestro contexto, si bien disponemos de algunos datos alentadores procedentes de otros países del norte de Europa (Kvarstein y Karterud, 2012, 2013; Simonsen, Heinskou, Sorensen, Folke y Lau, 2017; Wilberg et al., 2003).

El tratamiento del TPE está condicionado por su elevada cronicidad, los fracasos terapéuticos previos, la desesperanza y las expectativas limitadas de cambio. Dado que el objetivo inicial del tratamiento es instilar esperanza, modelar la expectativa de cambio y consolidar una buena alianza terapéutica con el paciente (Prado-Abril, Sánchez-Reales e Inchausti, 2017), nuestra propuesta ha sido bautizada con el nombre de Galatea. Este programa especializado para TPE combina adaptaciones de la terapia individual basada en la mentalización (TBM; Bateman y Fonagy, 2004) y MIT-G (Dimaggio et al., 2015b). Este diseño se justifica en resultados prometedores obtenidos recientemente con TBM individual (Simonsen et al., 2017) y MIT-G (Dimaggio et al., 2015a, 2015b; Popolo et al., 2018) en pacientes graves con TPE, así como en estudios que apuntan la necesidad de combinar el formato individual y grupal en el tratamiento del TPE (Moroni et al., 2016; Pellecchia et al., 2018). La Tabla 2 muestra la estructura general de Galatea, con la duración y los objetivos principales de cada fase de tratamiento.

A continuación, se describe y justifica con más detalle las características generales de Galatea.

#### Crterios de inclusión

Los pacientes susceptibles de ser incluidos en Galatea deben presentar un diagnóstico de TPE, evaluado mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First et al., 1995), y presentar una afectación severa en la funcionalidad, es decir, puntuaciones <50 en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (APA, 2000). La idoneidad de los candidatos es discutida por todo el equipo terapéutico atendiendo, además, al plan individualizado de tratamiento. Finalmente, los candidatos deben dar su consentimiento antes de ser incluidos y firmar un contrato terapéutico. Una de las condiciones

necesaria para acceder a Galatea es que el paciente acepte participar en MIT-G.

Cabe mencionar que Galatea se incluye dentro de los servicios del CSM y no afecta al resto de dispositivos de la Red de Salud Mental ni a las decisiones asistenciales puntuales de otros profesionales en función de la situación clínica del paciente.

#### Fase de pretratamiento

El objetivo principal de esta fase previa es motivar e implicar al paciente con el tratamiento. En este momento, es preciso evaluar las habilidades metacognitivas del paciente mediante el análisis de su narrativa sobre episodios interpersonales autobiográficos pasados y presentes: los propios sentimientos y pensamientos, los estados mentales atribuidos a los otros, la comprensión de los efectos de sus actos sobre él mismo y los demás, y la capacidad para flexibilizar su pensamiento. En esta fase también debe analizarse el tipo de relaciones interpersonales que el paciente ha establecido a lo largo de su vida. Por último, paciente y terapeuta deben acordar por escrito una formulación que incluya los principales problemas detectados en la entrevista así como las áreas en las que deberá focalizarse la terapia individual y grupal.

#### Terapia individual basada en la mentalización

Aunque la TBM ha sido utilizada principalmente en TLP (Daubney y Bateman, 2015), algunos hallazgos apuntan su utilidad para trabajar con el TPE (Karterud, 2015; Rossouw, 2015). Las sesiones individuales inicialmente son semanales y con una duración de 45-60 min durante 12-18 meses, en función de la gravedad del caso. El tratamiento en este momento se dirige específicamente a entrenar las habilidades de mentalización del paciente con técnicas específicas y de profundidad progresiva, monitorizando sistemáticamente el estado y calidad de la alianza terapéutica (Bateman y Fonagy, 2006). En fases intermedias, la TBM se combina con la terapia grupal con MIT-G para favorecer el cambio interpersonal.

La fase final de la terapia individual comienza tras concluir la terapia de grupo. En esta etapa se prepara al paciente para la finalización del tratamiento intensivo, se abordan los posibles sentimientos de pérdida asociados y se motiva el mantenimiento de los logros, mediante técnicas específicas como el uso de cartas de síntesis y recapitulación.

### Terapia metacognitiva interpersonal en grupo

La MIT-G es una adaptación de MIT (Dimaggio et al., 2015a, 2015b) diseñada específicamente para entrenar las habilidades metacognitivas y modificar los esquemas interpersonales disfuncionales en grupo. Consta de 16 sesiones semanales con una duración aproximada de hora y media cada sesión. Los objetivos fundamentales de la terapia grupal asumen dificultades clásicas del paciente con TPE como: (i) mejorar las habilidades metacognitivas y, en particular, la capacidad para entender los estados mentales de los demás; (ii) modificar los esquemas interpersonales disfuncionales; y (iii) el entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

Se ha sugerido que el patrón inhibido y el desapego interpersonal típico en el TPE podrían explicarse por una dificultad generalizada para comprender los estados mentales propios y de los demás (Moroni et al., 2016; Pellecchia et al., 2018). Los pacientes con TPE muestran resistencias al contacto social y al intercambio espontáneo de información, pueden sentirse fácilmente sobrepasados por la ansiedad o el miedo a una valoración negativa propia o de los demás, dando lugar a la evitación conductual. Bajo estos postulados, MIT aporta herramientas terapéuticas de gran utilidad en el TPE (Gordon-King, Schweitzer y Dimaggio, 2018), y la exposición social implícita en su formato grupal justifica beneficios complementarios.

A diferencia de las sesiones individuales con TBM, MIT-G se centra principalmente en los esquemas disfuncionales de los pacientes sobre sí mismos y los demás con el objetivo de desarrollar perspectivas personales e interpersonales más polifacéticas, flexibles y adaptativas. En consonancia con otras terapias de orientación metacognitiva (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra y Gaínza-Tejedor, 2017; Inchausti et al., 2017a), MIT-G pretende que los pacientes compartan episodios autobiográficos relevantes de naturaleza interpersonal con el objetivo de llevar a cabo un análisis metacognitivo compartido, facilitando el *insight* sobre los esquemas interpersonales y la modificación de los ciclos disfuncionales asociados (Dimaggio et al., 2015b).

### Ilustración de Galatea: el caso de Asier

Asier (nombre ficticio) es un estudiante universitario de 26 años que en el momento de su consulta en el CSM residía con su pareja, una mujer de 24 años. Según su relato, Asier creció en el seno de una familia acomodada junto con sus padres y 3 hermanos, un hermano 6 años mayor que él y 2 hermanas menores, de 18 y 20 años respectivamente. Asier describió una infancia marcada por un rol de cuidador principal de sus hermanas pequeñas, actuando incluso como su tutor en la escuela y asumiendo prácticamente todas las tareas domésticas mientras sus padres estaban mental o físicamente ausentes. Cuando era niño, comentó que en verano a menudo acudía a la piscina y fantaseaba con ahogarse, pero el cuidado de sus hermanas le impedía actuar de acuerdo con este impulso. Asier reconoce que compitió con su hermano mayor por la atención y los elogios de su madre. Para conseguirlo, señala que siempre trataba de hacer lo «correcto» y se esforzaba al máximo en la escuela y en

casa. Sin embargo, su madre con frecuencia respondía alimentando esta rivalidad y favoreciendo aleatoriamente a uno sobre el otro.

Asier describe la relación de sus padres como «problemática», sucediéndose esporádicamente episodios de violencia verbal (insultos y gritos) y física (bofetadas y empujones), seguidos de días de silencio punitivo por parte de su madre hacia el padre y respuestas de este con abuso de alcohol y amenazas suicidas. En estos conflictos, Asier aprendió a actuar como mediador entre ambos. Durante toda su infancia, sus padres viajaban asiduamente fuera del país, delegando la responsabilidad del cuidado de sus hermanas menores en Asier. En una ocasión, refiere que su madre amenazó con suicidarse cuando le mencionó su deseo de independizarse. Cuando cumplió 18 años, Asier relata que sus padres le « echaron de casa » tras descubrir que había pedido una beca para estudiar en la universidad e independizarse. Asier finalmente se mudó a un piso compartido y no volvió a tener contacto con nadie de su familia durante casi 2 años. En aquella época, Asier presentaba ideas autolíticas frecuentes y problemas de abuso de alcohol. A pesar de acudir a varias psicoterapias, refiere no haber conseguido beneficios significativos con ninguna.

En la entrevista inicial, Asier fue evaluado con la SCID-II (First et al., 1995) y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Leclercq et al., 1997). Asier cumplió todos los criterios diagnósticos del TPE, 3 criterios del TOCP y 2 del TLP. La puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad Global fue de 41, indicativa de sintomatología y afectación de la funcionalidad graves. De forma alternativa, siguiendo el modelo para el TPE del DSM-5, en el criterio A («evita actividades que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo»), Asier puntuó 3 («afectación severa») en la entrevista CALF (Thylstrup et al., 2016). Sus puntuaciones en la versión breve del Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012) fueron igualmente elevadas en afectividad negativa y desapego. Por último, Asier también sufría un trastorno de pánico comórbido. Como antecedentes en salud mental, en su historia clínica constaban el abuso de alcohol, los episodios depresivos recurrentes, un intento de suicidio mediante sobreingesta medicamentosa, así como frecuentes asistencias a urgencias por ideación autolítica. En varias ocasiones, además, había sido hospitalizado por calambres súbitos y también se sospechó que sufría epilepsia, pero no se encontraron indicios físicos que lo confirmaran.

En un primer contacto, Asier refería encontrarse deprimido, con crisis de pánico y niveles altos de suspicacia, tal y como lo indicaban sus puntuaciones en el SCL-90-R (Derogatis, 2002) (ver Tabla 3). Asier informaba estar confundido acerca de la validez y justificación de sus propios sentimientos y experiencias. Carecía de objetivos vitales relevantes y de sentido de sus propios valores. Cuando razonaba que sus pensamientos y sentimientos pudieran ser mínimamente certeros, al instante aparecían la duda y la hipermentalización, lo que le bloqueaba y provocaba importantes problemas de agencia. A nivel social, Asier presentaba problemas significativos para expresar sus sentimientos y necesidades. El esquema interpersonal que guiaba su comportamiento era el deseo de mantener relaciones íntimas pero, al mismo tiempo, un

**Tabla 3**  
Puntuaciones en el Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R) a lo largo del tratamiento y al año de seguimiento

	IGS	SOM	OBC	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Inicio	2.38	2.17	2.60	2.78	3.38	2.70	1.00	2.14	2.00	1.00
6 meses	1.78	2.00	2.90	2.33	2.54	2.10	.33	.86	1.00	.70
12 meses	2.21	2.92	3.20	2.56	3.15	2.60	1.00	.71	1.17	.80
Final	1.56	2.33	1.60	2.32	2.46	1.90	1.00	1.00	1.33	.50
1 año	1.21	1.83	1.90	1.11	1.69	1.50	.50	.14	.50	.30

ANS: ansiedad; DEP: depresión; FOB: ansiedad fóbica; HOS: hostilidad; IGS: índice global de severidad; OBC: obsesiones y compulsiones; PAR: ideación paranoide; PSIC: psicoticismo; SI: sensibilidad interpersonal; SOM: somatizaciones.

**Tabla 4**  
Puntuaciones en el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-64) a lo largo del tratamiento y al año de seguimiento

	Total	DOM	VEN	DIST	INH	NAS	COM	SAC	INTR
Inicio	2.40	.63	1.50	2.00	3.63	3.63	3.13	3.13	.75
6 meses	1.45	.63	.75	1.00	2.63	1.88	2.00	2.13	.63
12 meses	1.91	.73	.88	.75	3.50	3.25	2.88	2.13	1.25
Final	1.44	.25	.63	1.13	2.73	1.88	2.13	2.25	.88
1 año	.95	.13	.50	.13	1.75	1.75	1.50	1.48	.50

COM: excesivamente complaciente; DIST: distante/frío; DOM: dominante/controlador; INH: socialmente inhibido; INTR: intrusivo/necesitado; NAS: no asertivo; SAC: autosacrificado; VEN: vengativo/centrado en sí mismo.

intenso temor a no ser comprendido y, finalmente, abandonado si expresaba sus necesidades y deseos. Este esquema le impulsaba al aislamiento y distanciamiento emocional. Asier, además, trataba de controlar sus relaciones interpersonales no mostrando ningún signo de «debilidad» (esto es, sin expresar sus emociones) y a través de una elevada exigencia académica. Esta estrategia le permitía obtener una sensación de control, seguridad y autoestima. A menudo, Asier asumía demasiadas responsabilidades sin pedir ninguna ayuda a los demás, como lo corroboraron sus puntuaciones en el Inventario de Problemas Interpersonales (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villasenor, 1988) (Tabla 4). También tenía con frecuencia la sensación de que los demás le hablaban con condescendencia, lo que le enfadaba y, posteriormente, incrementaba sus sentimientos de vergüenza y culpabilidad por su enfado.

#### Proceso de tratamiento

##### Perdido en la confusión

En las primeras sesiones individuales, Asier presentaba un discurso monótono, con una expresividad muy limitada y con importantes signos de cautela y suspicacia. Se mostraba crítico y raramente sonreía o revelaba otras emociones. Sus frases eran cortas, ofreciendo descripciones vagas y dispersas, con pausas largas y falta de espontaneidad, respondiendo incluso con monosílabos.

Después de 12 sesiones individuales, Asier inició la terapia grupal con MIT-G. En dichas sesiones, pronto se hizo evidente que para el resto de compañeros y para los propios terapeutas era extremadamente complicado saber lo que Asier pensaba y sentía. Algunos de sus compañeros lograron expresar un cierto malestar por el hecho de que parecía mostrarse incómodo y muy crítico con el grupo, pero ni los pacientes ni terapeutas pudieron identificar exactamente qué aspectos del comportamiento de Asier provocaban este efecto.

En la terapia individual ocurrió un proceso similar. El terapeuta subrayaba su frialdad durante las sesiones, su distanciamiento y desconexión, así como la dificultad para «leer» y entender sus estados mentales. A menudo, el terapeuta refería sentirse molesto y confundido, con la sensación de que Asier estaba inhibiendo su mundo interior, lo que le originaba una importante sensación de «estar perdido» en sesión al no conseguir conectar emocionalmente con él ni entenderle. El terapeuta se sintió frustrado y rechazado, sobre todo por la ausencia de marcadores emocionales no verbales, lo que a su vez le produjo impulsos de darle precipitadamente el alta.

Tras supervisar este proceso contratransferencial, el terapeuta reveló en sesión su experiencia de «estar perdido», confundido, inseguro y frustrado con Asier, expresando que le resultaba difícil saber si estaba logrando ayudarlo puesto que ni su rostro ni tono de voz reflejaban ninguna emoción. Asier reaccionó con sorpresa si bien fue capaz de reconocer también su confusión y su sensación de inseguridad en sesión. En concreto, expresó sus dificultades para entender si sus emociones, ideas u opiniones eran «reales», «correctas», «adecuadas» y su miedo a que el terapeuta le «acosara» con preguntas que no sabía responder, lo que

acrecentaría sus sentimientos de vergüenza e inadecuación al finalizar la sesión.

Esta revelación del terapeuta pareció mejorar la alianza terapéutica y le brindó la posibilidad de explicitar esta sensación de «estar perdido» cada vez que ocurría en sesión. Esto, además, ayudó a que Asier se esforzara y fuera más claro a la hora de expresar sus emociones, utilizando incluso su propio cuerpo, lo cual creó un sentido de compartir más genuino en la relación terapéutica. Cuando el terapeuta le pedía que atendiera a sus sensaciones físicas durante el diálogo terapéutico, Asier a menudo refería sentirse muy incómodo aunque finalmente accedía. Esto cambió los sentimientos de contratransferencia del terapeuta individual, que ahora se sentía más capaz de vincularse con el paciente y con un mayor sentido de cuidado por las experiencias dolorosas y sentimientos de duda de Asier.

Con este proceso, Asier pudo ganar *insight* sobre sus estrategias de gestión de la confusión sobre los estados mentales basadas en la búsqueda de la aprobación (cognitiva) de los demás (particularmente de su pareja). Es decir, de buscar opiniones externas para saber si tenía derecho a pensar de cierta manera sobre un tema. Esta estrategia no solo no lograba aliviar su constante duda sobre sus emociones («¿sigue siendo real lo que siento?») sino que intensificaba su hipermentalización, la cual era prácticamente constante en Asier.

##### Identificando estados mentales

A través de varios ejercicios de juego de roles en sesión individual, Asier pudo identificar 2 estados mentales propuestos. En un estado, tenía pensamientos de crítica y perfeccionismo relativos a que se «comportara como un hombre» y «dejara de lloriquear» asociados con sentimientos intensos de rabia y culpabilidad, y con una necesidad de autonomía y éxito con ciertos tintes narcisistas. En otro estado mental opuesto, Asier experimentaba ideas de vulnerabilidad, daño, inadecuación e inseguridad que pudo asociar con sentimientos de tristeza y comportamientos de búsqueda de afecto, aceptación y pertenencia a un grupo, en este caso con tintes más dependientes.

Progresivamente, Asier fue capaz de identificar su lado «duro» como una parte importante de sí mismo que le había permitido reducir su sufrimiento en momentos difíciles, disimular ante los demás y tener éxito, fundamentalmente en los estudios. Sin embargo, la contradicción con su parte «débil» le creaba una enorme confusión y sensación de incoherencia en su representación de sí mismo. Su parte más «dura» desearía todos sus estados mentales de vulnerabilidad, por lo que esta parte le impediría tener una representación integrada y completa de sí mismo. Esta disociación es la que provocaba en Asier sensaciones de irrealidad cuando experimentaba emociones de vulnerabilidad, tales como el miedo o la tristeza. Por este motivo, Asier hacía preguntas constantemente a lo largo del tratamiento del tipo «¿estoy enfermo o no?», ¿mi niñez fue mala o no?», en las que subyacían dudas intensas sobre si realmente experimentaba emociones dolorosas o estas eran solo un producto de su imaginación.

Estas dudas fueron evidentes en terapia de grupo cuando, de acuerdo con los principios de MIT, se le pidió que relatara episodios

autobiográficos relevantes tanto del pasado como del presente. A pesar de sus recuerdos vívidos, Asier tenía muchas dificultades para distinguir la fantasía de la realidad por lo que constantemente se preguntaba a sí mismo si «esto había sucedido de verdad» o se lo «estaba inventando todo». Esta dificultad se hizo particularmente notoria con los recuerdos de su infancia. A pesar de los esfuerzos del terapeuta individual por recopilar episodios detallados de Asier de esa época, hasta prácticamente el final del tratamiento no fue capaz de permitirse recordar y compartir en grupo sucesos importantes de su infancia. Por ejemplo, en las últimas sesiones fue capaz de permitirse acceder a sus recuerdos del comportamiento violento de su padre y de él mismo protegiendo a sus hermanas pequeñas cerrando la puerta de su habitación para mantener a su padre fuera. Igualmente, hacia el final del tratamiento, Asier fue capaz de compartir y reflexionar sobre episodios de violencia verbal recientes con su pareja.

En las primeras fases de la terapia grupal, el estado mental más aparente y predominante de Asier era su lado «duro». Por este motivo, prefería asumir un papel de experto frente a sus compañeros, planteando únicamente sus ideas desde un punto de vista cognitivo y racional. Si no podía hacerlo, Asier prefería guardar silencio, a menudo con gesto arrogante, y solo si se le invitaba a participar, hacía comentarios críticos sobre las contribuciones de los terapeutas, a los que solía menospreciar. Asier mantuvo esta postura crítica en las primeras sesiones de grupo, verbalizando incluso que, en su opinión, todos sus compañeros eran «débiles» y actuaban como «víctimas», lo que obviamente generó importantes sentimientos de rechazo hacia él, tanto por parte de los terapeutas como del resto de sus compañeros. Sin embargo, conforme avanzaba la terapia, Asier fue mejorando su capacidad para mostrar y expresar sentimientos de vulnerabilidad de forma más abierta y espontánea. Cuando esto ocurría, Asier pudo percibir el apoyo emocional –y no solo racional– de sus compañeros de grupo. También fue capaz de acceder a sentimientos de empatía hacia los demás y, a menudo, asumía el enfado de sus compañeros en su nombre. Hacia el final del tratamiento, comentó que «tal vez debería haberse enfadado más» cuando recordaba su infancia y adolescencia. Otro logro de la terapia grupal fue el hecho de que Asier fuera capaz de externalizar su rabia. Esto sucedió cuando, en una sesión, se negó a cumplir con las pautas de una terapeuta femenina (en una exposición de video). El propio Asier se sorprendió gratamente de su manejo adecuado del enfado y de su capacidad para acomodar su protesta, hasta el punto de que esta experiencia se convirtió en un punto de inflexión para él. A partir de ese momento, Asier fue capaz de expresar sus críticas y desacuerdos de forma abierta en el grupo.

En terapia individual, Asier también fue dándose cuenta gradualmente de sus propios pensamientos y sentimientos, liberándose del sobreesfuerzo que implicaba evaluar constantemente la veracidad de sus experiencias subjetivas. Igualmente, pudo relacionar sus sensaciones físicas con emociones; por ejemplo, llegó a entender que sus desmayos no eran una consecuencia de una enfermedad repentina («una crisis epiléptica»), sino que era una manifestación de su ansiedad. Durante el período de seguimiento, Asier comentó que había dejado a su novia al entender que la relación era negativa para ambos, se mudó a un apartamento con su hermana menor y se esforzó por terminar su trabajo final de grado, a pesar del estrés que ello le suponía.

#### Resultados cuantitativos del programa

Asier recibió un total de 48 sesiones individuales a lo largo de un año y medio de tratamiento. La frecuencia de las sesiones fue variable, con sesiones semanales al inicio y mensuales hacia el final del tratamiento. Asier asistió, además, a todas las sesiones de MIT-G. Asimismo, Asier completó diversos test al inicio, a lo largo del tratamiento y al año de seguimiento. Los resultados

**Tabla 5**

Puntuaciones en el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI) a lo largo del tratamiento

	Sesión 3	Sesión 6	Sesión 10	Sesión 19	Sesión 30	Sesión 48
<i>Vínculo</i>						
Terapeuta	20	21	21	24	27	24
Paciente	20	20	20	22	22	22
<i>Tarea</i>						
Terapeuta	20	19	18	24	25	21
Paciente	19	19	19	23	23	22
<i>Objetivo</i>						
Terapeuta	23	20	22	24	26	24
Paciente	21	22	22	24	24	23
<i>General</i>						
Terapeuta	5.3	5.0	5.1	6.0	6.5	5.8
Paciente	5.2	5.1	5.1	5.8	5.8	5.6

cuantitativos de los test en la fase de evaluación fueron consistentes con las observaciones clínicas de los terapeutas. Por lo tanto, en el cuestionario de Experiencias en Relaciones Cercanas-Revisado (ECR-R; [Fraleay, Heffernan, Vicary y Brumbaugh, 2011](#)), Asier puntuó 4.27 en apego ansioso y 3.66 en apego evitativo, lo que indica la presencia tanto de miedo a perder a sus figuras principales de apego como dificultades para acercarse a otros para encontrar consuelo o apoyo. En la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; [Bagby, Parker y Taylor, 1994](#)), la puntuación total fue 57, indicativa de alexitimia. Este problema fue especialmente pronunciado en las áreas de identificación y descripción de sentimientos, un resultado congruente con las apreciaciones de los terapeutas. En el test Índices de Severidad de Problemas de Personalidad (SIPP-118; [Verheul et al., 2008](#)), Asier obtuvo una puntuación particularmente baja en las facetas de integración de la identidad, autorrespeto, falta de propósito, disfrute y autorreflexión, así como en las facetas relativas a su capacidad relacional (reconocimiento emocional e intimidad).

Tanto Asier como el terapeuta individual completaron el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI; [Tracey y Kokotovic, 1989](#)) al finalizar todas las sesiones de terapia. Como se muestra en la [Tabla 5](#), la alianza fue relativamente alta y congruente en todos los puntos de evaluación. Hubo un aumento importante tras la sesión 19, a los 6 meses de iniciar la terapia, lo que podría relacionarse con la mayor capacidad del terapeuta para manejar su contratransferencia y ayudar a Asier a concentrarse en sus emociones actuales. En este sentido, [Ogrodniczuk, Piper y Joyce \(2011\)](#) encontraron que las reacciones negativas de los terapeutas hacia pacientes con niveles altos de alexitimia no son causados tanto por las emociones negativas expresadas por el paciente, sino por la expresión escasa de emociones positivas. Por lo tanto, el incremento en la alianza terapéutica puede entenderse como secuencial: la mejora en las reacciones contratransferenciales del terapeuta habría contribuido a incrementar la expresión de emociones positivas de Asier, lo que a su vez fortaleció la capacidad del terapeuta para manejar el escaso *insight* cognitivo y emocional de Asier.

En términos de evolución, podemos señalar varios hallazgos interesantes. En primer lugar, como se ve reflejado en las [Tablas 3 y 4](#), hubo pocos cambios durante el primer año de tratamiento; el índice de gravedad global en el SCL-90-R solo se redujo .07 puntos y la puntuación total del Inventario de Problemas Interpersonales (IIP-64; [Salazar, Marti, Soriano, Beltran y Adam, 2010](#)) disminuyó algo más (.39 puntos), manteniendo el nivel alto. La predominancia del cambio interpersonal frente al sintomatológico fue evidente al finalizar el tratamiento. Este patrón desapareció al año de seguimiento, cuando sus puntuaciones en términos de síntomas y problemas interpersonales fueron próximas a los de su grupo de referencia en población general.

Podría especularse que en los casos de TPE como el de Asier, el mantenimiento o incluso el aumento de los síntomas durante el tratamiento deben entenderse como consustanciales a la narrativa de vida del paciente, el estilo de apego y las limitaciones en la conciencia de los propios estados cognitivos o emocionales. Esta hipótesis se ajustaría al patrón de puntuaciones obtenidas, donde el incremento en la alianza terapéutica y el funcionamiento interpersonal preceden a una mejora sustancial en los síntomas. El hecho de que Asier pudiera expresar sus niveles elevados de angustia dentro de una relación terapéutica segura, sin ser juzgado o rechazado por el terapeuta, provocó una experiencia emocional correctiva muy relevante.

### Recomendaciones y direcciones futuras

Los datos relativos al tratamiento psicoterapéutico del TPE son aún limitados, por lo que la duración y modalidad de tratamiento óptimos no están claros. Del mismo modo, pacientes como el descrito, podrían no estar recibiendo tratamientos psicoterapéuticos adecuados en la sanidad pública en parte por la falta de tiempo y recursos. Sospechamos, además, que muchos pacientes que actualmente son tratados por episodios depresivos recurrentes podrían sufrir un TPE comórbido no diagnosticado. Esto puede deberse, entre otras razones, al hecho de que no existen directrices claras acerca de los tratamientos eficaces para el TPE. A pesar de ello, tras revisar la literatura, parece que los tratamientos que han demostrado ser efectivos hasta el momento comparten algunas características comunes: un marco teórico claro para la formulación del caso, un estilo terapéutico activo y un programa de terapia coherente y estructurado. La sanidad pública española debe, y merece, aspirar a ofrecer a los pacientes con TPE grave los mejores tratamientos disponibles para su problema. Es preciso tener en cuenta que, además, por sus características, este tipo de aproximaciones psicoterapéuticas supone un alto coste económico. Ello implica que muchos de estos pacientes solo van a poder acceder a estos tratamientos especializados a través de la sanidad pública, gratuita y universal.

Con este objetivo, se ha desarrollado en Navarra el programa Galatea, dirigido a acumular experiencia clínica con un tratamiento para el TPE más largo y especializado que combina TBM y MIT-G. El diseño de Galatea se justifica principalmente con estudios de caso realizados en países nórdicos que han arrojado resultados prometedores (Kvarstein y Karterud, 2012, 2013; Simonsen et al., 2017; Wilberg et al., 2003). Asimismo, se han utilizado modelos que aportan algunas respuestas útiles en la práctica clínica con pacientes graves del espectro del TPE. Con la experiencia acumulada hasta la fecha podemos ofrecer 3 recomendaciones, a nuestro juicio, claves para el tratamiento intensivo y a largo plazo con TBM y MIT-G en pacientes graves con TPE:

- 1) A diferencia de la TBM para el TLP, es preciso que las sesiones de TBM y MIT-G aborden intensivamente los esquemas interpersonales disfuncionales y los conflictos nucleares de los pacientes a través de la relación terapéutica.
- 2) La evitación emocional y de experiencias novedosas son un hándicap importante en el tratamiento del TPE que los clínicos deben afrontar mediante un uso estratégico de algunas habilidades terapéuticas (p. ej., la metacomunicación y las autorrevelaciones). En consecuencia, el entrenamiento del terapeuta en estas habilidades nos parece primordial (Prado-Abril et al., 2017).
- 3) Tal y como plantea Bender (2005), los clínicos que establecen alianzas terapéuticas con pacientes con TPE se enfrentan tanto a su hipersensibilidad, evitación y tendencia a la vergüenza como a su intenso deseo de apego y de una conexión interpersonal

auténtica. Como en el caso de Asier, las puntuaciones altas o crecientes en el WAI son frecuentes en este tipo de pacientes (Stevens, Muran, Safran, Gorman y Winston, 2007) pero no garantizan una alianza real de trabajo (Tufekcioglu, Muran, Safran y Winston, 2013). La frecuente supervisión y el examen cuidadoso de las emociones y reacciones contratransferenciales del terapeuta parecen ser un complemento necesario.

Finalmente, en la literatura parece existir una brecha considerable con relación al tratamiento del TPE. Es preciso realizar más ensayos clínicos, preferiblemente a gran escala, para investigar los efectos de los tratamientos psicológicos en pacientes con TPE grave así como con otros TP sin comorbilidad con el TLP, sobre todo del clúster C. Un esfuerzo notable en esta dirección es el ECA multicéntrico internacional (España, Italia, Noruega, Australia y Reino Unido) citado en la introducción. Este y otros ensayos futuros podrían aportar datos clave para desarrollar e implementar mejores programas de tratamiento para pacientes con TP graves sin TLP.

Como limitaciones de este trabajo cabe destacar que no se ha revisado de manera sistemática la literatura sobre tratamiento del TPE ni se han incorporado aquellos estudios que incluyen a pacientes, entre otros, con ansiedad social, un trastorno con una estrecha relación con el TPE. El hecho de no disponer, además, de datos de prevalencia del TPE en España supone un claro hándicap a la hora de plantear tratamientos coste-eficaces en la sanidad pública. Asimismo, estudios futuros deberían examinar con mayor detalle la influencia de otros trastornos mentales comórbidos al TPE en su gravedad y tratamiento.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre 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 dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 756–764.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: APA.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington D.C.: APA.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23–32.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P. y Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*, 305–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>.
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J. y Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following

- time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 133–143, <https://doi.org/10.1037/h0087774>.
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B. V. y ... Emmelkamp, P. M. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: Results of a large prospective multicentre study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 20–30, <https://doi.org/10.1159/000254902>.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73–87.
- Chan, C. C., Bach, P. A. y Bedwell, J. S. (2015). An integrative approach using third-generation cognitive-behavioral therapies for avoidant personality disorder. *Clinical Case Studies*, 14, 466–481, <https://doi.org/10.1177/1534650115575788>.
- Daubney, M. y Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): An overview. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(2), 132–135, <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas - Manual*. Madrid: TEA ediciones.
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P. H., Catania, D. y Popolo, R. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for co-occurrent avoidant personality disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 157–166, <https://doi.org/10.1002/jclp.22151>.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A treatment manual*. London: Routledge.
- Eikenaes, I., Gude, T. y Hoffart, A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 275–281, <https://doi.org/10.1080/08039480600790093>.
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H. y Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27, 746–763, <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.109>.
- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. y van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 60–64, <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153>.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies, M., Borus, J. y ... Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-Site test-retest reliability. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92–104, <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.92>.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M. y Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625, <https://doi.org/10.1037/a0022898>.
- Gilbert, S. E. y Gordon, K. C. (2013). Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. *Clinical Case Studies*, 12, 111–127, <https://doi.org/10.1177/1534650112468611>.
- Gordon-King, K., Schweitzer, R. D. y Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders featuring emotional inhibition: A multiple baseline case series. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000789>.
- Gude, T. y Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders*, 15(3), 216–228.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G. y Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892.
- Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R. T. y Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 25(5), 441–448, <https://doi.org/10.1002/da.20349>.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J. y ... Fonseca-Pedrero, E. (2017). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J. y Gaínza-Tejedor, I. (2017). Metacognition-oriented social skills training (MOSST): Theoretical framework, working methodology and treatment description for patients with schizophrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2840>.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A theoretical, clinical and research manual*. Oxford: Oxford University Press.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, O. y ... Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243–262.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890, <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>.
- Kvarstein, E. H., Arnevik, E., Halsteini, V., Ro, F. G., Karterud, S. y Wilberg, T. (2013). Health service costs and clinical gains of psychotherapy for personality disorders: A randomized controlled trial of day-hospital-based step-down treatment versus outpatient treatment at a specialist practice. *BMC Psychiatry*, 13, 315, <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-315>.
- Kvarstein, E. H. y Karterud, S. (2012). Large variations of global functioning over five years in treated patients with personality traits and disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 141–161, <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.2.141>.
- Kvarstein, E. H. y Karterud, S. (2013). Large variation of severity and longitudinal change of symptom distress among patients with personality disorders. *Personality and Mental Health*, 7(4), 265–276, <https://doi.org/10.1002/pmh.1226>.
- Leclubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K. y ... Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8).
- Leichsenring, F. y Leibling, E. (2007). Cognitive-behavioural therapy for avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 80 LP-80 [consultado 5 Abr 2017]. Obtenido de: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/1/80.1/abstract>.
- Martin-Blanco, A., Ancochea, A., Soler, J., Elices, M., Carmona, C. y Pascual, J. C. (2017). Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 323–331, <https://doi.org/10.1111/acps.12767>.
- Moroni, F., Proccacci, M., Pellecchia, G., Semerari, A., Nicolo, G., Carcione, A. y ... Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 752–757, <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000536>.
- Nararro-Haro, M. V., Hoffman, H. G., García-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K. y Linehan, M. (2016). The use of virtual reality to facilitate mindfulness skills training in dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A case study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1573, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01573>.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43–48, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>.
- Pascual, J. C., Palomares, N., Ibanez, A., Portella, M. J., Arza, R., Reyes, R. y ... Carrasco, J. L. (2015). Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 255, <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0640-5>.
- Pellecchia, G., Moroni, F., Colle, L., Semerari, A., Carcione, A., Fera, T. y ... Proccacci, M. (2018). Avoidant personality disorder and social phobia: Does mindreading make the difference? *Comprehensive Psychiatry*, 80, 163–169, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.011>.
- Popolo, R., MacBeth, A., Canfora, F., Rebecchi, D., Toselli, C., Salvatore, G. y Dimaggio, G. (2018). Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy*, <https://doi.org/10.1111/papt.12182>.
- Pos, A. E. (2014). Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 127–139, <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9256-6> - Pos2014.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en Psicología Clínica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 110–117, <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>.
- Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D. y Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21, 363–377, [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80337-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80337-5).
- Robinson, A. H. y Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: Results from a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597–602, <https://doi.org/10.1002/eat.20932>.
- Rossouw, T. I. (2015). The use of mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) with a young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 178–187, <https://doi.org/10.1002/jclp.22153>.
- Salazar, J., Marti, V., Soriano, S., Beltran, M. y Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 499–515, <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>.
- Seemuller, F., Meier, S., Obermeier, M., Musil, R., Bauer, M., Adli, M. y ... Moller, H.-J. (2014). Three-Year long-term outcome of 458 naturally treated inpatients with major depressive episode: Severe relapse rates and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(7), 567–575, <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0495-7>.
- Simonsen, S., Heinskou, T., Sorensen, P., Folke, S. y Lau, M. E. (2017). Personality disorders: Patient characteristics and level of outpatient treatment service. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 325–331, <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1284262>.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S. y Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109–129.
- Stravynski, A., Lesage, A., Marcouiller, M. y Elie, R. (1989). A test of the therapeutic mechanism in social skills training with avoidant personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 739–744.
- Svartberg, M., Stiles, T. C. y Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810–817, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>.

- Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Noll, J. F., Myatt, M. W. y Hesse, M. (2016). Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC Psychiatry*, 16, 298, <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1011-6>.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 624–632, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x>.
- Tracey, T. J. y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210, <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>.
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D. y Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(6), 646–657, <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.843803>.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C. C., Dolan, C., Busschbach, J. J. V., van der Kroft, P. J. A. y . . . Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20(1), 23–34, <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.23>.
- Vrabel, K. R., Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A. y Rosenvinge, J. H. (2010). Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 22–28, <https://doi.org/10.1002/eat.20662>.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J. y Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 29, <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G. y Urnes, O. (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 390–396, <https://doi.org/10.1080/08039480902831322>.
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., Urnes, O., Irion, T., Brabrand, J. y . . . Stubbhaug, B. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 510–521.
- Zimmermann, P., Alliger-Horn, C., Kowalski, J. T., Plate, S., Wallner, F., Wolff, E. y Ströhle, A. (2013). Treatment of avoidant personality traits in a German armed forces inpatient psychiatric setting. *Military Medicine*, 178, 213–217, <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-12-00261>.