

TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN UNA MUESTRA DE SUJETOS CON FOBIA SOCIAL: VARIABLES PREDICTORAS DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Carol J.M. van Velzen, Paul M.G. Emmelkamp y Agnes Scholing
University of Groningen (The Netherlands)

Resumen

Se analizaron los rasgos (trastornos) de personalidad del paciente como predictores de calidad de la relación terapéutica en una muestra de sujetos con fobia social que recibían tratamiento conductual. Se empleó el Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard (*Barrett-Lennard Relationship Inventory*) para medir la percepción tanto del paciente (n= 73) como del terapeuta (n= 68) sobre la calidad de la relación terapéutica en la tercera sesión de tratamiento. Los rasgos paranoide y obsesivo-compulsivo mostraban correlaciones negativas con la percepción del paciente. La puntuación total de la suma de todos los trastornos de personalidad que satisfacían los criterios era capaz de predecir el 14% de la variancia de la calidad de la relación terapéutica tal como la percibía el paciente. Los rasgos paranoides mostraban una correlación negativa con la percepción del terapeuta sobre la relación terapéutica. La hostilidad era capaz de predecir el 21% de la variancia en la calidad de la relación terapéutica tal como la percibía el terapeuta. Se comentan los hallazgos a la luz de cuestiones sobre eficacia del tratamiento para la fobia social.

PALABRAS CLAVE: *Trastornos de personalidad, rasgos de personalidad, alianza terapéutica, fobia social, predicción.*

Abstract

Personality traits and disorder features of patients were examined as predictors for the quality of the therapeutic relationship in a sample of social phobic patients receiving a behavioural treatment. The Barrett-Lennard Relationship Inventory was used to measure both patient's (n= 73) and therapist's perception (n= 68) of the quality of the therapeutic relationship at the third treatment session. Paranoid and obsessive compulsive features showed negative correlations with the patient's

perception. The sumscore of all personality disorder criteria fulfilled was able to predict 14% of variance of the quality of the therapeutic relationship as perceived by the patient. Paranoid features showed a negative correlation with the therapist's perception of the therapeutic relationship. Hostility was able to predict 21% of the variance in the quality of the therapeutic relationship as perceived by the therapist. The findings are discussed in the light of treatment efficacy issues for social phobia.

KEY WORDS: *Personality disorder, personality traits, working alliance, social phobia, prediction.*

Introducción

Los trastornos de personalidad se han descrito en términos de conductas interpersonales disfuncionales que son inflexibles y rígidas, llevando a círculos viciosos en los que se refuerzan los comportamientos disfuncionales (Millon, 1981). Además, los trastornos de personalidad se encuentran asociados con elevados niveles de deterioro en el funcionamiento interpersonal y laboral (APA, 1994). Se ha pensado que estas características interfieren con el proceso de tratamiento, en particular con el desarrollo de una relación terapéutica cálida y de confianza y, por consiguiente, conducen al abandono o a unos beneficios del tratamiento limitados (Van Velzen y Emmelkamp, 1996). Sin embargo, no se han encontrado pruebas consistentes en favor de este conocimiento clínico (Dreessen y Arntz, 1998b).

En cuanto al impacto de los trastornos de la personalidad sobre la calidad de la relación terapéutica, raramente se ha abordado esta cuestión en la literatura pertinente. Algunos estudios encontraron que la calidad de la relación terapéutica estaba relacionada con la calidad del funcionamiento en las relaciones interpersonales (Moras y Strupp, 1982; Marziali, 1984). Además, el comportamiento interpersonal hostil-dominante del paciente durante la sesión se ha relacionado de forma negativa con la alianza terapéutica (Kiesler y Watkins, 1989). Era más probable que los pacientes más sumisos, más amistosos y que estaban más aislados desarrollasen alianzas más estrechas comparados con los pacientes más hostiles, agresivos y dominantes (Wallner *et al.*, 1992). Un estudio evaluó la hipótesis de que los estilos de personalidad hostiles-dominantes predecirían negativamente la calidad de la relación terapéutica en la terapia cognitiva breve para los trastornos de ansiedad. Sólo encontraron un apoyo marginal a esta hipótesis. Sin embargo, hallaron que el estilo interpersonal del comportamiento amistoso-sumiso estaba relacionado positivamente con la calidad de la relación terapéutica (Muran *et al.*, 1994).

El objetivo del presente estudio era investigar los factores que influían en la calidad de la relación terapéutica en las primeras etapas del tratamiento en una muestra de pacientes con fobia social que recibían exposición in vivo. El temor de ser evaluados negativamente, la característica principal de la fobia social, podría impedir el establecimiento de una relación terapéutica cálida y de confianza. Además, esto puede ser de especial importancia en individuos con un trastorno de personalidad por evitación comórbido, que son muy sensibles al rechazo (véase Beck y Freeman, 1990). Con estos pacientes, el establecimiento de una buena

relación terapéutica en las primeras etapas del tratamiento puede ser crucial para evitar el abandono y crear un contexto ambiental en el que se pueda estimular el cambio conductual. Por consiguiente, nos planteamos investigar qué rasgos (trastornos) específicos de personalidad predicen la calidad de la relación terapéutica. Se incluyeron tanto los rasgos normales de personalidad (el modelo de los Cinco Factores; Widiger y Costa, 1994) como las características de los trastornos de personalidad (las puntuaciones en los trastornos de personalidad del DSM-III-R desde una posición dimensional). Esperábamos una asociación negativa entre los trastornos de personalidad y la calidad de la relación terapéutica. Además, incluimos la calidad de las relaciones interpersonales como un segundo predictor de la calidad de la relación terapéutica.

Método

Sujetos

Los pacientes participaron en un estudio sobre los resultados del tratamiento en el Departamento de Psicología Clínica de una Universidad en los Países Bajos (véase Van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997). Dichos pacientes fueron enviados por médicos generales e institutos de salud mental o respondieron a los anuncios en periódicos locales que ofrecían tratamiento para la fobia social.

En la sesión inicial, se utilizó la versión holandesa de la Entrevista para los trastornos de ansiedad-revisada (*Anxiety Disorder Interview Schedule-revised, ADIS-R*; DiNardo y Barlow, 1988) para diagnosticar la fobia social y la ansiedad y trastornos del estado de ánimo adicionales. La distinción entre trastornos primarios y secundarios se realizó juzgando qué trastorno estaba asociado con un mayor malestar o una interferencia más extrema en la vida del sujeto. Ciento tres pacientes cumplieron con los criterios. Diez pacientes rechazaron el tratamiento. Noventa y dos pacientes se incluyeron en el estudio. Se excluyó a un paciente del análisis porque parecía que había seguido también un segundo tratamiento durante el presente estudio. La edad media de la muestra era de 34,9 años ($DT= 9,9$). La duración media de las quejas de fobia social era de 16,3 años ($DT= 11,8$). El 46% estaba sin pareja (de estos pacientes, tres eran divorciados y dos viudos), el 54% estaba casado o vivía con una pareja. De la muestra, el 64% no recibió un diagnóstico añadido de ansiedad o trastorno depresivo, el 15% tenía un trastorno de ansiedad adicional y el 21% recibió un diagnóstico añadido de trastorno depresivo. En cuanto al diagnóstico de trastorno de personalidad, el 53% recibió uno o más diagnósticos de trastornos de personalidad evaluados por medio de la «Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad» (SCID-II) (véase medidas; porcentajes de trastornos de personalidad específicos: 47 evitativo, 7 obsesivo-compulsivo, 6 paranoide, 5 límite, 5 histriónico, 4 pasivo-agresivo, 3 dependiente, 3 esquizoide, 2 autodestructivo, 1 esquizotípico).

Tratamiento y terapeutas

El tratamiento constaba de al menos 10 sesiones de exposición gradual en vivo (Emmelkamp, 1982) durante 10 semanas, con un número máximo de 15 sesiones. La duración de las sesiones era de 1,5 horas. Tanto durante las sesiones como entre las sesiones se practicaban tareas de exposición. Los terapeutas eran estudiantes avanzados de psicología clínica que habían seguido cursos introductorios y especializados de terapia de conducta antes de que fueran admitidos al equipo terapéutico y recibiesen un extenso entrenamiento adicional para el empleo adecuado de la estrategia de exposición en pacientes con fobia social. Los terapeutas y los supervisores no sabían nada sobre los resultados de la evaluación de los trastornos de personalidad.

Medidas

La relación terapéutica se midió por medio de cuatro subescalas del Inventario de relaciones de Barrett-Lennard (*Barrett-Lennard Relationship Inventory*): (E) Empatía, (P) Consideración positiva, (I) Incongruencia y (N) Consideración negativa. El EPIN se compone de dos versiones de 28 ítems sobre una escala de 6 puntos cada una: EPIN-terapeuta (versión del terapeuta) y EPIN-paciente (versión del paciente) (Barrett-Lennard, 1962). El terapeuta contesta cómo percibe su actitud hacia el paciente y el paciente responde sobre la forma en que percibe la actitud del terapeuta hacia él. El autor de la versión holandesa sugirió que la puntuación total de la suma de esas cuatro escalas podría considerarse como una medida global de la calidad de la relación terapéutica. Encontró una fiabilidad de las dos mitades de 0,87 (Lietaer, 1976). En el presente estudio, ambas escalas se aproximaban a una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov $> 0,05$).

El diagnóstico de los trastornos de personalidad se realizó por medio de la versión holandesa de la «Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad» (*Structured Clinical Interview for the DSM-III-R Personality Disorders, SCID-II*; Koster van Groos, 1987). Parte de la presente muestra se utilizó en un estudio sobre la fiabilidad interjueces. Esas fiabilidades parecían satisfactorias (0,86 para el evitativo, 0,79 para el obsesivo-compulsivo, 0,88 para el paranoide, 0,79 para el dependiente; Van Velzen *et al.*, 1999). Además del diagnóstico de trastorno de personalidad, se obtuvieron también las puntuaciones de las características de los trastornos de personalidad: para todas las categorías específicas de los trastornos de personalidad (definido como la puntuación total de los criterios satisfechos en cada categoría) y la puntuación total de todos los criterios satisfechos: el total de las características cumplidas de todos los trastornos de personalidad. Dos psicólogos clínicos llevaron a cabo las entrevistas. Estos no participaron en el tratamiento.

La calidad de las relaciones sociales se midió por medio de las dos partes de la «Entrevista de discapacidad social de Groningen» (*Groningen Social Disability Schedule, GSDS*; Wiersma, De Jong, Kraaijkamp y Ormel, 1990). La versión abreviada de esta entrevista semiestructurada evalúa dos roles que, a su vez, compren-

den varias dimensiones: 1) el rol de pareja (lazos emocional y sexual) o —en el caso de no tener pareja— se les preguntaba a los pacientes sobre sus actividades dirigidas al establecimiento de una relación; 2) rol social (frecuencia y calidad de los contactos sociales diferentes a la familia o compañeros de trabajo). Las puntuaciones en cada dimensión iban desde 0 (sin incapacidad) pasando por 1 (incapacidad leve) y 2 (incapacidad moderada) hasta 3 (incapacidad grave). La suma de los niveles de incapacidad en los roles social y de pareja se utilizaban como medida de la «Incapacidad en el funcionamiento social» (*Disabilities in Social Functioning, DSF*). Las dimensiones se evaluaban independientemente de la psicopatología presentada. La fiabilidad interjueces del GSDS ha demostrado ser adecuada, con valores kapa para diferentes roles sociales que van desde 0,63 a 0,93 (De Jong, Ormel y Wiersma, 1987). El entrevistador, un psicólogo clínico, no sabía nada con respecto a la presencia de un trastorno de personalidad.

Los rasgos de personalidad se midieron con el «Cuestionario Holandés de Personalidad» (*Dutch Personality Questionnaire, DPQ*; Luteijn, Starren y Van Dijk, 1985). Este es un cuestionario de autoinforme que se compone de 133 ítems, que se contestan en una escala de tres puntos (verdadero —?— falso) a lo largo de siete escalas: 1) Neuroticismo (21 ítems; alfa de 0,86), 2) Inadecuación social (15 ítems; alfa de 0,83), 3) Rigidez (25 ítems; alfa de 0,77), 4) Hostilidad (19 ítems; alfa de 0,77), 5) Egoísmo (16 ítems; alfa de 0,68), 6) Dominancia (17 ítems; alfa de 0,72) y 7) Autoestima (19 ítems; alfa de 0,68). La consistencia interna de las escalas ha mostrado ser satisfactoria en distintas poblaciones. La Inadecuación social, la Hostilidad y la Dominancia se incluyeron en el análisis, puesto que estos factores tienen relevancia para el propósito del estudio.

Procedimiento y análisis estadísticos

En la primera tarea, la sesión de la entrevista inicial, se determinó la fobia social y los diagnósticos adicionales, se explicó el procedimiento del estudio y del tratamiento y se les proporcionó una descripción por escrito. Los pacientes firmaron una hoja tipo en la que se señalaba que estaban de acuerdo con el procedimiento del estudio. Luego se les pasaba el DPQ y el GSDS, seguidos por el SCID-II. Tanto el terapeuta como el paciente evaluaban las variables de la relación terapéutica al final de la tercera sesión.

Las categorías de los trastornos de personalidad en las que el número de características era mayor que cero en al menos el 50% de la muestra se incluyeron en el análisis. Estas eran las categorías del evitativo, el dependiente, el obsesivo-compulsivo y el paranoide [características de evitación ($M=3,2$; $DT=1,8$), características dependientes ($M=1,3$; $DT=1,3$), características obsesivo-compulsivas ($M=1,5$; $DT=1,8$); características paranoides ($M=1,0$; $DT=1,5$)]. Además, se incluían también características de los trastornos de personalidad en general ($M=7,5$; $DT=7,2$, rango 0-36). En el caso de variables que no tenían una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov: $p < 0,05$) se calcularon correlaciones de Spearman y en el resto correlaciones de Pearson. En 13 pacientes, los datos de su percepción sobre la

relación terapéutica se perdieron (12 de ellos abandonaron el tratamiento antes de la cuarta sesión), con lo que quedaron 79 pacientes para incluirse en los análisis de regresión. Además de estos 13 casos, los datos de la percepción del terapeuta sobre la relación terapéutica se perdieron en otros siete pacientes, con la que al final quedaron 73 pacientes para ser incluidos en los análisis de regresión. Para la predicción de la calidad de la relación terapéutica, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple «paso a paso» (un análisis para la percepción del paciente y otro análisis para la percepción del terapeuta) con un alfa de 0,05. Aquellas variables que tenían una correlación significativa con las variables dependientes se incluyeron en los análisis.

Resultados

La tabla 1 presenta los resultados de los análisis correlacionales de las variables de interés. Las correlaciones entre las variables predictoras eran, en general, más elevadas que entre las variables predictoras y las variables de la relación terapéutica. Las características paranoide y obsesivo-compulsiva, el total de las características de los trastornos de personalidad, la hostilidad, la inadecuación social y la DSF tenían pequeñas correlaciones con la percepción del paciente sobre la relación terapéutica. La característica paranoide y el total de las características de los trastornos de personalidad tenían pequeñas correlaciones con la percepción del terapeuta sobre la relación terapéutica. La mayor correlación que se encontró fue entre las percepciones del paciente y del terapeuta sobre la relación terapéutica.

Tabla 1

Correlaciones entre las variables y con la calidad de la relación terapéutica

| Variables | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. |
|--|--------|--------|-------|--------|---------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|
| 1. Inadecuación social | | | | 0,41** | 0,73** | 0,44** | 0,33* | 0,43** | | | |
| 2. Hostilidad | 0,37** | | 0,25* | | 0,30* | 0,38** | 0,27* | 0,60** | | | |
| 3. Dominancia | -0,33* | 0,21 | | | -0,38** | | | | | | |
| 4. Incapacidades ^{#1} | | | | 0,49** | 0,34** | 0,26 | 0,29* | 0,48** | -0,24 | | |
| 5. Evitativo | | | | | 0,60** | 0,29* | 0,40** | 0,69** | | | |
| 6. Dependiente | | | | | | 0,40** | 0,36** | 0,70** | | | |
| 7. Obsesivo-compulsivo | | | | | | | 0,38** | 0,64** | -0,27 | | |
| 8. Paranoide | | | | | | | | 0,68** | -0,28 | -0,27 | |
| 9. Características trastornos personalidad ^{#2} | 0,45** | 0,50** | | | | | | | | -0,23 | -0,25 |
| 10. EPIN-paciente | -0,25 | -0,26 | | | | | | | | | |
| 11. EPIN-terapeuta | | -0,32* | | | | | | | | | -0,48** |

Nota: Sólo se indican los resultados significativos: $p < 0,05$, $*p < 0,01$ y $**p < 0,001$ (Probabilidades de una cola).

Las correlaciones de Spearman se describen en la mitad derecha de la tabla; las correlaciones Pearson se describen en la mitad izquierda de la tabla. #1 Incapacidades en el Funcionamiento Social (cuanto más alta la puntuación más incapacitado);

#2 Características de los trastornos de personalidad: Suma total de todos los criterios de los trastornos de personalidad satisfechos (evaluados por medio de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del DSM-III-R [Structured Clinical Interview for the DSM-III-R Personality Disorders]).

Se llevó a cabo una primera regresión múltiple «paso a paso» con la percepción del *paciente* sobre la relación terapéutica como la variable criterio y la hostilidad, la inadecuación social, las características de los trastornos de personalidad y la DSF como las variables predictoras. Con el fin de limitar la multicolinealidad, se incluyó la variable «características de los trastornos de personalidad» en vez de las variables «características específicas» (p.ej., características paranoide, evitativa y obsesivo-compulsiva). En el análisis final, se incluyeron 73 casos. Como puede verse en la tabla 2, las características de los trastornos de personalidad explicaban alrededor del 14% de la variancia de la calidad de la relación terapéutica tal como la percibía el paciente. Cuanto más características de los trastornos de personalidad tenía (obtenidas por un evaluador independiente), de manera menos favorable experimentaba el paciente la relación terapéutica. Las restantes variables no predecían de forma significativa ninguna variancia adicional de la relación terapéutica tal como la percibía el paciente.

Tabla 2

Resultados de los análisis de regresión múltiple sobre la calidad de la relación terapéutica

| | Beta | Part r | T | Significación |
|--|----------------------|---------------------|------|------------------|
| <i>EPIN-paciente</i> | | | | |
| <i>Predictores</i> | | | | |
| Características trastornos personalidad ¹ | -0,38 | | -3,4 | 0,00 |
| DSF ² | | -0,17 | -1,4 | 0,16 |
| Inadecuación social | | -0,14 | -1,2 | 0,25 |
| Hostilidad | | -0,10 | -0,9 | 0,38 |
| Constante | | | 54,1 | 0,00 |
| Múltiple R=0,38 | R ² =0,14 | Error Típico= 12,50 | | F=11,8; p=0,001 |
| <i>EPIN-terapeuta</i> | | | | |
| <i>Predictores</i> | | | | |
| Hostilidad | -0,46 | | -4,3 | 0,00 |
| Inadecuación social | | -0,18 | -1,5 | 0,13 |
| Características trastornos personalidad | | -0,09 | -0,7 | 0,48 |
| Constante | | | 45,6 | 0,00 |
| Múltiple R=0,46 | R ² =0,21 | Error Típico= 10,40 | | F=18,1; p=0,0001 |

Nota: ¹ Características de los trastornos de personalidad: suma total de todos los criterios de los trastornos de personalidad

² Incapacidades en el funcionamiento social (*Disabilities in Social Functioning*) (cuanto más elevado más incapacitado)

Se llevó a cabo una segunda regresión múltiple «paso a paso» con la percepción del *terapeuta* sobre la calidad de la relación terapéutica como la variable criterio y la hostilidad, la inadecuación social y las características de los trastornos de personalidad como las variables predictoras. Se incluyeron 68 casos. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 2. La hostilidad explicaba el 21% de la variancia en la calidad de la relación terapéutica tal como la percibía el terapeuta. Cuanto más hostiles se habían evaluado a sí mismos los pacientes,

más baja era evaluada la calidad de la relación terapéutica por los terapeutas. Las características de los trastornos de personalidad y la inadecuación social no añadían nada a la variancia.

Discusión

El objetivo del presente estudio aborda el valor predictivo de las variables de personalidad para la calidad de la relación terapéutica. Se incluyeron en el estudio tanto las dimensiones normales de la personalidad (rasgos) como la suma de los criterios de los trastornos de personalidad del DSM-III-R (características). En consistencia con la literatura (Moras y Strupp, 1982; Marziali, 1984), se encontró una pequeña asociación negativa entre las incapacidades en el funcionamiento interpersonal y la percepción del paciente sobre la calidad de la relación terapéutica. Sin embargo, esto no era apoyado por la percepción del terapeuta sobre la calidad de la relación terapéutica.

La puntuación total de todos los criterios de los trastornos de personalidad satisfechos (el total de las características de los trastornos de personalidad), tal como se evaluaban por un evaluador independiente, era capaz de predecir el 14% de la variancia de la percepción del paciente sobre la calidad de la relación terapéutica. En otras palabras, cuanto más patología de la personalidad había, menos favorablemente percibía el paciente la calidad de la relación terapéutica. La tabla 1 muestra que esto es más claro para las características paranoide y obsesivo-compulsiva. Es importante señalar que hay algunas pruebas empíricas que indican que las evaluaciones de autoinforme no concuerdan con el comportamiento real del terapeuta y del paciente (Keijsers, 1994). Queda por estudiarse si la actitud del terapeuta es realmente menos empática y menos positiva *debido a* la patología de personalidad del paciente o si el paciente, debido a las experiencias negativas en las relaciones interpersonales del pasado, experimenta la relación terapéutica de esa manera.

Se encontró que el rasgo de personalidad «hostilidad» explicaba el 21% de la variancia de la percepción del terapeuta sobre la relación terapéutica. Esto es consistente con los hallazgos de la literatura (Kiesler y Watkins, 1989; Wallner Samstag *et al.*, 1992). La inadecuación social y las características de los trastornos de personalidad no añadían nada al modelo de regresión. Aunque la hostilidad no es una característica de los trastornos de personalidad, correlacionaba de forma elevada con las características paranoides (0,6). Este hallazgo no es una sorpresa, teniendo en cuenta el hecho de que una de las principales características del trastorno paranoide de la personalidad es una actitud hostil, que proviene del temor a que abusen o se aprovechen de él. De este modo, los terapeutas pueden tener más dificultades para establecer una relación cálida y de confianza cuando se enfrentan con un paciente hostil. En la práctica, esto significa que el terapeuta debería estar alerta ante la actitud del paciente hacia él y emplear suficiente esfuerzo y tiempo en establecer una relación terapéutica de cooperación.

El cuestionario utilizado, el EPIN (la puntuación total de las cuatro escalas de Inventario de relaciones de Barrett-Lennard), es una medida general de la calidad de

la relación terapéutica (Lietaer, 1976). Nuestros terapeutas eran sujetos con relativamente poca experiencia, pero esto no parecía influir en el juicio sobre la relación terapéutica. De hecho, comparando los datos del presente estudio con los del estudio de Lietaer que utilizó terapeutas experimentados, no se encuentran diferencias en las *medias* (ni en las *DTs*) [En el presente estudio los datos eran: pacientes, 133 (16); terapeutas, 128 (12); en el estudio de Lietaer, pacientes, 130 (16); terapeutas (psicoanalíticos y centrados en el cliente), 124 (19)]. En primer lugar, estos datos muestran que la calidad de la relación terapéutica de nuestros terapeutas era equivalente a la de terapeutas experimentados. Además, muestra que aunque los pacientes con fobia social experimentan ansiedad en las situaciones sociales, no significa que tengan más dificultades en iniciar una relación terapéutica comparados con otros tipos de pacientes. Este hallazgo va en contra de nuestras expectativas, es decir, que esta muestra de sujetos, con elevada ansiedad sobre la evaluación negativa, tendría dificultades para establecer una relación terapéutica cálida y de confianza. Sin embargo, las características de evitación no se encontraban relacionadas con la calidad de la relación, tal como lo percibían tanto el terapeuta como el paciente al inicio del tratamiento. Puede ser que las características de evitación influyan sobre la relación terapéutica sólo posteriormente en el tratamiento, cuando la alianza terapéutica se desarrolle en la dirección de una relación más íntima y de confianza, lo que puede ser especialmente difícil para los pacientes con características del trastorno de la personalidad por evitación. Esto sería un tema interesante para un estudio posterior.

Las características paranoides y obsesivo-compulsivas mostraron correlaciones negativas significativas con la percepción del paciente sobre la relación terapéutica. Sería interesante replicar este estudio en otra muestra de pacientes sin fobia social. En la presente muestra, se incluyeron en el análisis las características de las categorías de los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo y paranoide, ya que éstas se encontraron en al menos el 50% de la muestra. Las características del Grupo B de los trastornos de personalidad (límite, narcisista, histriónico y antisocial; todas las medias < 1, con una $DT < 1,5$) no se incluyeron en el análisis. Debemos señalar que estas características probablemente se acerquen más a los estilos de personalidad hostil-dominante y pueden tener un mayor impacto sobre la calidad de la relación terapéutica (además del trastorno paranoide de la personalidad del Grupo A) (Kiesler y Watkins, 1989). Sin embargo, las características encontradas en la presente muestra son representativas de las muestras de sujetos con fobia social, puesto que las tasas de prevalencia de los diagnósticos de trastornos de personalidad son comparables a otras muestras de fóbicos sociales (Van Velzen y Emmelkamp, 1999).

En resumen, las variables de personalidad que influyen sobre la calidad de la relación terapéutica eran ligeramente diferentes ya se tratase de la percepción del terapeuta o del paciente. Los terapeutas percibían su relación menos favorablemente cuando los pacientes eran más hostiles, mientras que los pacientes percibían la relación menos favorablemente cuando ellos tenían una mayor patología de la personalidad. Puede concluirse que dimensiones de la personalidad (p.ej., hostilidad) y características de trastornos de personalidad (p.ej., paranoide y obsesivo-compul-

sivo) influyen en la calidad de la relación terapéutica al inicio del tratamiento. Sin embargo, la variancia explicada por estas variables era 21 y 14%, respectivamente, lo que indica que hay otras variables tan, o incluso más, importantes. Una anotación crítica se refiere al hecho de que la relación terapéutica se evaluó en la tercera sesión. Sería interesante investigar si estas variables de personalidad se vuelven más o menos predictoras de la calidad de la relación terapéutica más tarde durante el tratamiento. Por consiguiente, sería de interés analizar si la alianza de colaboración inicial (tal como la predicen las variables de personalidad) se encuentra relacionada con la alianza posterior y los resultados del tratamiento. O bien si las alianzas inicial y posterior constituyen mediadores potenciales de la relación entre las variables de personalidad y los resultados del tratamiento. Estos estudios pueden proporcionar un mayor conocimiento sobre cómo las variables de personalidad pueden complicar el proceso de tratamiento y, en consecuencia, continuar con el tratamiento o abandonarlo y los resultados del mismo. Además, una submuestra de la muestra presente se ha utilizado en un estudio en el que se examinó la influencia del diagnóstico de trastorno de personalidad sobre los resultados del tratamiento conductual. Se encontró que la presencia de un trastorno de personalidad no influía sobre los resultados del tratamiento (Van Velzen, Emmelkamp y Scholing, 1997). Estos hallazgos pueden haber sido facilitados por el hecho de que un tercio de la muestra abandonó el tratamiento. Pudiera ser que estas variables de la relación terapéutica se encuentren más estrechamente relacionadas con el abandono que con los resultados del tratamiento. Se necesitan más estudios que contesten estas cuestiones.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª edición revisada) (DSM-III-R). Washington, DC: Autor.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, n. 43.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Himadi, W. G. y Waddell, M. T. (1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Lyle-Stuart.
- Ford, J. S. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1302-1314.
- Jong, A. de, Ormel, J. y Wiersma, D. (1987). De Groningse Sociale Beperingenschaal. Ontwikkeling en beschrijving van het instrument, betrouwbaarheid en de hiërarchie in sociale rollen. [The Groninger Social Disability Scale. Development and description]. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 65, 706-712.
- Keijsers, G. (1994). *Prognostic factors in the treatment of anxiety disorders: Studies on treatment success and failure in behaviour therapy*. University of Nijmegen, Dissertation.
- Kiesler, D. J. y Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: a study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- Koster van Groos, G. A. S. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. Heeswijk-Dinther: Autor.

- Lietaer, G. (1976). Nederlandstalige revisie van Barrett-Lennard's relationship inventory voor individueel-therapeutische relaties. [Dutch revision of Barrett-Lennard's Relationship Inventory for individual therapeutic relations]. *Psychologica Belgica*, *xvi-1*, 73-94.
- Luteijn, F., Starren, J. y Dijk, H. van (1985). *Herziene handleiding NPV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Marziali, E.A. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 301-304.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III axis II*. Nueva York: Wiley.
- Moras, K. y Strupp, H.H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 405-409.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Wallner Samstag, L. y Crawford, C.E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 185-190.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. y Parks, B. K. (1994). Evaluating the ingredients of therapeutic efficacy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (dirs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M. y First, M. B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II, Version 1.0). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van Velzen, C. J. M. y Emmelkamp, P. M. G. (1996). The assessment of personality disorders: Implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 655-668.
- Van Velzen, C. J. M. y Emmelkamp, P. M. G. (1999). The relationship between anxiety disorders and personality disorders: prevalence rates and comorbidity models. En J. Derksen, C. Maffei y H. Groen (dirs.), *Personality disorders: diagnosis and treatment*. Londres: Plenum.
- Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. y Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioural treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 889-900.
- Van Velzen, C. J. M., Luteijn, F., Scholing, A., Van Hout, W. J. P. J. y Emmelkamp, P. M. G. (1999). The efficacy of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised as a diagnostic screening instrument in an anxiety disorder group. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 395-403.
- Wallner Samstag, L. Muran, C., Zindel, V., Segal, Z. y Schuman, C. (1992). *Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Wiersma, D., Jong, A. de, Kraaijkamp, H. J. M. y Ormel, J. (1990). GSB-II. *De Groningse Sociale Beperingenschaal*. Tweede versie: een interviewschema voor het beoordelen van beperkingen in het sociale rolfunctioneren: handleiding. [An interview schedule for the assessment of disabilities in social role functioning: manual]. Groningen: University, Department of Social Psychiatry.

