

Terapia cognitiva en una paciente con Trastorno Evitativo de la Personalidad, comorbilidad
Depresión Mayor

Norma Adriana Estrada Uribe

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA- PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA

Tutora: Ana María Arias Zuleta

Universidad del Norte

Facultad de Psicología

Barranquilla, Colombia

2020

Tabla de contenido

1. Información general del proyecto.....	5
2. Introducción.....	8
3. Justificación.....	10
4. Área problemática.....	16
5. Objetivos.....	26
5.1 General.....	26
5.2 Específicos.....	26
6. Marco conceptual de referencia.....	28
6.1 Trastorno de Personalidad por Evitación.....	28
6.1.1 Reseña histórica.....	28
6.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación.....	33
6.1.2.1 Modelo categorial del DSM-5.....	33
6.1.2.2 Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad.....	35
6.1.3 Diagnóstico Diferencial.....	46
6.1.3.1 Trastornos de Ansiedad.....	46
6.1.3.2 Depresión.....	49

6.1.3.3 Otros Trastornos de Personalidad.....	49
6.1.4 Comorbilidad en el trastorno de personalidad por evitación.....	52
6.1.5 Prevalencia.....	54
6.1.6 Desarrollo y curso.....	55
6.1.7. Características del Trastorno de Personalidad por Evitación.....	57
6.1.8. Perfil cognitivo del Trastorno de Personalidad por evitación.....	62
6.1.9 subtipos de la personalidad evitadora.....	66
6.1.10 Proceso de Auto-perpetuación.....	68
6. 1.11 Evaluación del Trastorno de personalidad por evitación.....	71
6.1.12 Enfoques de intervención en el Trastorno de personalidad evitativa.....	73
6.2. Trastorno de Depresión Mayor.....	86
6.2.1 Criterios diagnósticos.....	86
6.2.2 Desarrollo y curso.....	88
6.2.3 Prevalencia.....	89
6.2.4 Diagnóstico diferencial.....	90
6.2.5 Comorbilidad.....	93

6.2.6 Teorías explicativas.....	94
6.2.7 Tratamiento.....	98
6.3 Personalidad evitativa y depresión.....	100
7. Historia clínica del caso.....	102
7.1 información de identificación.....	102
7.2 Queja principal.....	102
7.3 Historia del problema actual.....	102
7.4 Historia psiquiátrica.....	105
7.5 Historia social y personal.....	105
7.6 Historia médica.....	109
7.7 Observaciones sobre el estado mental.....	109
7.8 Proceso de evaluación clínica.....	110
7.9 Diagnóstico del DSM 5.....	111
8. Formulación del caso.....	111
8.1 Precipitantes.....	111
8.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales.....	112
8.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos.....	114
8.4 Fortalezas.....	121

8.5 Hipótesis de trabajo.....	121
9. Plan de tratamiento.....	123
9.1 Relación terapéutica.....	131
9.2 Intervenciones/Procedimientos.....	131
9.3 Obstáculos.....	134
9.4 Resultados.....	135
10. Descripción de las sesiones.....	136
10.1 Sesión No. 1.....	136
10.2 Sesión No. 2.....	139
10.3 Sesión No. 3.....	142
10.4 Sesión No.4.....	144
10.5 Sesión No. 5.....	147
11. Análisis del caso.....	149
12. Conclusiones y discusión.....	156
13. Referencias.....	159

1. Información general del proyecto

Título

Terapia cognitiva en una paciente con Trastorno Evitativo de la Personalidad y comorbilidad con Depresión Mayor

Investigador y tutor

Investigadora: Norma Adriana Estrada Uribe

Tutora: Ana María Arias Zuleta

Resumen:

El presente estudio de caso clínico es acerca de una paciente de 24 años (María Teresa), con diagnóstico principal de Trastorno de Personalidad Evitativa y comorbilidad con Depresión. El motivo de consulta se refiere a la dificultad de ésta para establecer relaciones interpersonales y por sentirse, según comenta: «Terriblemente mal por estar sola y porque la gente la rechaza.»

En la sesión exploratoria muestra estados anímicos depresivos y al relatar su historia personal y social refleja evidentes indicios del Trastorno de Personalidad Evitativa- TPE. Para la formulación del caso se emplea el Modelo del Instituto de Terapia Cognitiva y para la intervención del caso se emplean los protocolos propuestos por Caballo (2004), Beck (2005) y

debido a la persistencia de patrones de conductas de inutilidad y autoderrotistas, se involucra Terapia Centrada en Esquemas (Young, 2007).

Así mismo, se realizó un plan de tratamiento de acuerdo con los objetivos terapéuticos, abordando en un primer momento las ideas de muerte y las conductas autolesivas, la reducción de los síntomas depresivos y sucesivamente disminuir las conductas de evitación, de aislamiento social y las creencias de inutilidad

Los logros terapéuticos en la paciente se evidencian en su capacidad para entablar y conservar algunas relaciones con su grupo de pares, reconocer logros académicos y su talento a la hora de tocar el violín, así como el aumento de su autoestima y progresivamente, se ha «arriesgado» a iniciar interacciones con personas de su barrio y con el sexo opuesto.

Palabras clave:

Terapia Cognitivo conductual, Trastorno de Personalidad Evitativa, Trastorno Depresivo Mayor.

Abstract

The present clinical case study is about a patient (Maria Teresa), with a primary diagnosis of Preventative Personality Disorder and Comorbidity with Depression. The reason for the consultation refers to the difficulties of the patient to establish interpersonal relations and to feel, according to her comments: «Terribly bad for being alone and because people reject her. »

In the exploratory session she shows depressive moods and, when recounting her personal and social history, she reflects evident signs of APD (avoidant personality disorder). For the formulation of the case, the Model of the Institute of Cognitive Therapy is used and for the intervention of the case, the protocols proposed by Caballo (2004) and Beck (2005) are used, and due to the persistence of patterns of useless and self-destructive behaviors, Schema-Focused Therapy is involved (Young, 2007).

Likewise, a treatment plan was carried out in accordance with the therapeutic objectives, addressing at first the ideas of death and harmful behaviors, the reduction of depressive symptoms and successively decreased avoidance behaviors, of social isolation and beliefs of uselessness.

Currently, the patient refers to having the ability to establish and maintain some relationships with her peer group, recognizing some academic achievements and her talent in playing the violin, as well as increasing her self-esteem and progressively, has «risked» initiating interactions with people in their neighborhood and with the opposite sex

Key Words

Cognitive Behavioral Therapy, Avoidant Personality Disorder, Major Depressive Disorder

2. Introducción

El presente trabajo se enmarca en el estudio de caso clínico único. En éste se realiza la presentación de una justificación, la contextualización de la problemática y del marco conceptual de referencia del diagnóstico, a partir de los postulados de diversos autores e investigaciones sobre el Trastorno de Personalidad Evitativa.

Se presentará además y en el marco del Modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, una descripción detallada el caso de persona diagnosticada con Trastorno de Personalidad Evitativa y Depresión mayor. Es así como se describirán los datos generales de la paciente, la historia del problema actual y su sintomatología, antecedentes médicos y psiquiátricos, historia personal, evaluación del estado mental e impresión diagnóstica. A nivel explicativo, se hizo la formulación del caso, donde se presentan los detonantes de las crisis y las situaciones activadoras que exacerbaban su sintomatología; el estado mental observado en consulta, un análisis transversal de las cogniciones, emociones y conductas disfuncionales; el análisis longitudinal de cogniciones de la paciente, su creencia nuclear, supuestos, reglas y actitudes, así como sus estrategias de afrontamiento; también se describirán las fortalezas que coadyuvan en el proceso y dificultades durante el proceso terapéutico; la hipótesis de trabajo y el plan de tratamiento con sus problemas, objetivos y estrategias terapéuticas correspondientes. Se continúa con el curso del tratamiento que consta de la relación terapéutica, los procedimientos utilizados, obstáculos y los resultados.

Posteriormente, se describirán cinco sesiones, las cuales estarán articuladas con el planteamiento del tratamiento.

Por último, se realiza la discusión y las conclusiones, verificando que se cumplen los objetivos de profundizar y aportar en la comprensión de las entidades diagnósticas de la Personalidad Evitativa y de la Depresión y la comprobación de la efectividad de las estrategias de intervención más eficaces para pacientes con estos trastorno y la validación de las técnicas de intervención cognitivo conductuales en el caso clínico presentado.

Consideraciones éticas

La autora del presente trabajo, declara que ha cumplido a cabalidad los protocolos y reglamentos para la publicación de datos de la paciente, a la que se le menciona con el nombre ficticio de María Teresa.

3. Justificación

La investigación mediante Estudios de Caso (EC), es la que sirve de marco en la exposición del presente trabajo. Este tipo de investigación, tiene sus orígenes desde los inicios de la psicoterapia con los célebres historiales freudianos (Dora, El Hombre de los Lobos, etc.) y el paradigmático caso del Pequeño Albert, de Watson, como ejemplos de EC fundacionales (Stiles, 2005).

Stake (2005), uno de los pioneros en la aplicación del estudio de caso, ya en el año 1978, señalaba que su popularidad se debía al estilo y a la utilidad para la exploración de quienes buscan leyes explicativas, además de la universalidad e importancia del Conocimiento Experiencial. Al respecto, Hernández et al (2006) señala que para algunos autores los estudios de caso son considerados una clase de diseño de Investigación (experimental, no experimental, cualitativo, etnográfico), o como un método. Yin (2003), por su parte refiere que “los estudios de caso al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta, analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”.

Routio (2007), por su parte, plantea que el Estudio de Caso en la Investigación Cualitativa es un proceso de indagación focalizado en la descripción y examen detallado, comprehensivo, sistemático, que reconoce el contexto y la interacción entre sus variables, fomentando una mayor

comprensión de su complejidad y, por lo tanto, el mayor aprendizaje del caso particular. Este, posibilita la conexión entre investigación, teoría y práctica e induce a la acción en cuanto a que, dado que se inicia en la acción, las ideas que se van generando pueden ser utilizadas como retroalimentación, haciendo posible el descubrimiento de nuevas relaciones y conceptos, además de producir resultados que son asequibles a diferentes audiencias, incluso a públicos no especializados, por lo que su “consumo” puede ser inmediato.

Chetty (1996), indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa, adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren, permite estudiar un tema determinado y los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable, además de la exploración en forma más profunda y la obtención de un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevos caracteres sobre los temas que emergen y que por lo tanto, la metodología cualitativa ha ido adquiriendo gran interés, dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevos fenómenos y en la elaboración de teorías en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante.

Es así como el estudio de caso, resulta de suma importancia, ya que posibilita la identificación de los rasgos propios de un caso (resultados), la identificación y explicación de nuevos casos con

base en las reglas generadas y modelos de comprensión situacional que promueven la generación de inferencias por analogía, en tanto las reglas que permiten comprender un caso puedan servir para comprender una nueva situación que nos presenta un paciente o un contexto clínico desconocido Peirce (1970).

Por su parte, Buena-casal y Sierra (2002) sugieren que los clínicos deben poseer normas claras y específicas para la redacción y presentación del caso clínico. González (2009), propone que cada una de estas directrices debe fundamentarse en unos conceptos y principios de una teoría para la elaboración de las formulaciones del caso a partir de la información clínica.

En lo que respecta a la conceptualización del presente trabajo, esta se realiza a partir del modelo cognitivo el cual plantea la hipótesis de que “las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (Beck, 2000 p. 32). Es así, como desde la psicología cognitiva se plantea que la respuesta emocional está influida por la percepción de la situación y el terapeuta cognitivo enseña al paciente a reconocer, evaluar, modificar sus creencias y pensamientos, para lograr un alivio de la sintomatología. Continúa Beck: “Luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyace a las ideas disfuncionales” (Beck, 2000 p. 35).

En esta formulación, se emplean los lineamientos del Instituto de Terapia Cognitiva, ya que este modelo basado en la evidencia, permite presentar los datos de una manera estructurada y metódica y propende por unas normas claras para la presentación de un caso clínico. Dicho modelo, consta de un esquema constituido por los siguientes pasos: historia del caso, creencias centrales, precipitantes y situaciones activantes, hipótesis de trabajo, orígenes, el plan de tratamiento y obstáculos para el tratamiento, así como los resultados obtenidos en la terapia (Persons y Tompkins,1997).

La presente investigación pretende profundizar sobre la personalidad evitativa con comorbilidad depresión, teniendo en cuenta que la prevalencia de este trastorno según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) es de alrededor 2.4% y se ubica en el octavo nivel de prevalencia, con 5,3% (2,9% en mujeres y 2,4% en hombres), acorde al estudio sobre *Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín*. En este mismo estudio se describe que se presenta en mayor porcentaje en los sujetos entre 28 y 32 años (7,6%), seguido del rango de 18 – 22 años (5,8%). Además, las personas con trastornos de personalidad no solo tienen mayor riesgo de otras enfermedades mentales, sino que también tienden en mayor medida a estar desempleadas o tener empleos inestables, perciben como deteriorado su estado de salud y sufren una calidad de vida peor que los individuos de la población general de iguales edad y sexo. En lo que respecta a la Depresión, el análisis realizado por la OPS (2015) muestra que los

trastornos depresivos, principalmente en la población joven, son altamente discapacitante. Según estudios de esta entidad, a través de encuestas a la población general, se pudo observar que los trastornos depresivos están en el quinto lugar de las enfermedades mentales que más generan incapacidad en las personas y que Colombia está en los primeros cinco países en América del Sur, en la tabla clasificatoria de discapacidad mental por depresión.

Con el análisis de este caso y a partir de la revisión de los estudios y avances sobre los protocolos de intervención para el trastorno de personalidad evitativa, se pretende la comprensión de este trastorno y su comorbilidad con la depresión, así como estrategias de intervención eficaces.

Desde el enfoque cognitivo-conductual proponen la metodología, los protocolos y las herramientas adecuadas para proveer un pronóstico alentador del caso con Trastorno de Personalidad por Evitación, acorde al contexto de su origen, desarrollo y función de la personalidad, así como la forma en que se originan los procesos de la personalidad y como operan al servicio de la adaptación (Beck, Freeman y Davis, 2005 p. 37).

Por lo anterior, se realiza el análisis y la intervención psicoterapéutica desde esta corriente para pacientes con Trastorno de Personalidad por Evitación, los cuales suelen tener profundas

creencias negativas sobre sí mismos y experimentan sensaciones emocionales desagradables. Estas creencias surgen en la infancia o adolescencia, cuando se relacionan con personas que los rechazan o critican, es en ese contexto que se perciben como inadecuados y con poca valoración personal (Beck, et. al., 2005). En cuanto a lo social, evitan los acontecimientos en los que otras personas intiman y descubren su “ser auténtico”; en lo conductual, evitan las tareas capaces de provocarles sentimientos incómodos y en lo cognitivo evitan pensar en temas que les producen la disforia.

Así mismo, Beck y Freeman (citados por Caballo, 2004), plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones y pensamientos disfuncionales.

Es así, como el caso objeto del presente estudio, se configura en fuente de referencia para estudiantes, profesores, profesionales de la salud y público en general, especialmente las personas que presentan dicho trastorno, ya que permite ampliar el conocimiento que se tiene del mismo, llevarlo a la práctica y discutirlo con los demás profesionales del área y profesiones afines para encontrar alternativas de tratamiento basadas en la evidencia.

4. Área problemática

El abordaje del presente estudio de caso se realiza en el marco de la psicología anormal, la cual es definida por teóricos como Barlow y Durand, como “la disfunción psicológica de un individuo asociada con la angustia o con impedimentos en el funcionamiento y con una respuesta que no es característica o no se espera culturalmente” (Barlow y Durand, M. 2001 p.2). Para Davidson, la conducta anormal es aquella que viola las normas sociales y constituye una amenaza o produce ansiedad en quienes la observan (Davidson, 2002 p.32).

En este orden de ideas, la consideración de que la conducta de una persona es anormal es porque sucede de manera poco frecuente, si viola normas sociales (Barlow y Durand, M. 2001, p.4); “aquellas conductas que ocurren con menor frecuencia” (Sue, Sue y Sue, 1994, p.6), así como “la conducta que se aparta de alguna norma y que perjudica al individuo afectado y a los demás” (Sue, Sue y Sue, 1994 p. 12).

Establecer la línea divisoria entre lo normal/anormal y por ende precisar el concepto de psicopatología, y en consecuencia el de trastorno psicológico, supone establecer unos criterios diversos y complementarios para definir el problema. Belloch et al. (2008); Caballo, Salazar y Carrobes (2011), Sarason y Sarason (2006), Obiols (2008), Ortiz-Tallo (2004), Vallejo Ruiloba

(2011) Citado por Ortiz (2013), describen los criterios más utilizados en la práctica clínica, con el fin de determinar el objeto de estudio de la psicopatología, estos son:

Criterio biológico: el cual postula que las manifestaciones psicopatológicas se deberían a disfunciones de estructuras o procesos biológicos. Este criterio clínico supone el reconocimiento de unas alteraciones objetivas, como serían los síntomas o signos cuya presencia supone una disfunción. En ocasiones estos síntomas serán subjetivos, como por ejemplo que el paciente diga siento angustia, estoy triste, etc. En otras ocasiones serán observables por el evaluador, como una alteración psicomotora o del lenguaje.

El criterio estadístico: tiene como punto de partida que las características de las personas tienen una distribución normal en la población general. Por tanto, las experiencias anómalas serían todo aquello que se desvía de la norma, que, en estadística, se identifica con la media aritmética. El criterio estadístico se rige también por el supuesto de la continuidad, según el cual los elementos que se encuentran en las psicopatologías aparecen también en la normalidad, pero con una intensidad distinta, por exceso o por defecto (Belloch et al., 2008). Por tanto, las diferencias entre lo normal y lo patológico serían cuantitativas.

El criterio social: considera psicopatológico aquello que se desvía de las normas sociales establecidas, lo que se aparta de las normas dominantes en una determinada sociedad o en un momento histórico.

Finalmente, el criterio de sufrimiento: se refiere a la presencia o ausencia de dolor, en este caso dolor psíquico. Este criterio implica que la anormalidad psicológica debe concretarse en una vivencia subjetiva dolorosa.

Los criterios anteriormente enunciados son relevantes para la práctica de la psicología clínica puesto que dependiendo de la postura que se tome para definir el continuum normalidad/anormalidad, influirá en los métodos terapéuticos que serán utilizados en dicha práctica (Arias, 2013); de igual manera, la definición de trastorno psicológico y salud mental harían que la intervención sea eficaz.

El trastorno mental se define como: “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, sea esta social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente” (APA, 2014 p.20)

En este orden de ideas, el psicólogo clínico, conceptualiza el caso teniendo en cuenta la teorización en torno a la psicopatología y en ésta lo que se define como trastorno mental para precisar hipótesis diagnósticas, los objetivos terapéuticos y el tratamiento más apropiado. Esta formulación incluiría “una historia clínica detallada y un resumen minuciosos de los factores sociales, psicológicos y bilógicos que pueden haber contribuido a la aparición de determinado trastorno mental.

A su vez, la terapia cognitiva, en el contexto de la psicología anormal, se enfoca en la conducta desadaptada junto con sus causas, consecuencias y tratamiento y en un modelo de los trastornos psicológicos que plantea que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afecta a sus sentimientos y a su conducta (Beck, 1967,1976). Está relacionada a nivel teórico con la psicología cognitiva, que se ocupa del estudio de los procesos y estructuras mentales. Defiende también el método científico de investigación de los resultados del tratamiento y en un modelo de la terapia basado en la colaboración del paciente con su terapeuta que tiene como fin la comprobación de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas.

Es así como el presente estudio de caso, se enmarca en la psicoterapia cognitiva la cual deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano A. Beck (1967) sobre que los trastornos

psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona.

Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Se destaca fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos, si bien se tienen en cuenta los otros factores señalados. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias...) se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel.

Esto no quiere decir que los otros componentes sean olvidados; al contrario se trabaja a menudo con todos ellos en la terapia (métodos de manejo afectivo, modificación de conducta, entre otros). Lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Dicho de otra manera, aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, lo más relevante es el aspecto del *significado*. El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. Con el término "significado" se refiere al sentido que tienen los acontecimientos de la vida para una persona. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno de nosotros nuestra propia vida actual, los recuerdos, lo que

esperamos del futuro y el cómo nos consideramos a nosotros mismos. De este modo Beck, afirma que la terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que “las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación” (Beck, 1964 p. 565).

Posterior a esta sucinta revisión teórica en referencia al concepto de psicopatología y a la psicoterapia en el marco del modelo cognitivo, respecto al trastorno específico del presente trabajo, la personalidad evitativa, Según el DSM-5, el Trastorno de Personalidad por Evitación, pertenece al clúster C o grupo de los ansiosos y temerosos. En general, el TPE se caracteriza por un patrón de inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, en donde se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes aspectos: evitación de las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo; poca disposición a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado; retraimiento en las relaciones estrechas, debido a que teme que lo avergüencen o ridiculicen; preocupación por ser criticado o rechazado en situaciones sociales; inhibición en nuevas situaciones interpersonales,

debido al sentimiento de falta de adaptación; se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás; se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas (APA, 2014 p. 672-73)

Las personas con personalidad evitativa se caracterizan por el temor al rechazo y a la humillación por parte de los demás. Dado este miedo persistente en el momento de relacionarse con otros y sentirse evaluados por ellos, las personas con este tipo de trastorno para escapar de la angustia evitan estar con otros individuos, lo que hace que los niveles de ansiedad desaparezcan, pero se manifiestan sentimientos de tristeza debido al continuo aislamiento (Correa, 2017). Suelen considerarse a sí mismos socialmente ineptos y ven a los demás como superiores, pensando que los rechazarían o criticarían si los conocieran. Desean acercarse a otras personas, pero tienen pocas relaciones sociales, sobre todo pocas relaciones íntimas. Temen iniciar el contacto o responder a la iniciativa de otros de acercarse a ellos porque están seguros de que finalmente serán rechazados (Guerri, 2018).

En lo referente al diagnóstico secundario presentado por la paciente, Depresión Mayor, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales describe que este trastorno: “Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican

cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. No obstante, se podría realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente” (APA, 2014 p.155).

En el año 2015, el 70.4% de las personas atendidas con el diagnóstico de depresión moderada fue de mujeres, mientras que el 29.6% fue de hombres. De acuerdo con el Boletín de Salud Mental de Depresión (2017), las atenciones por dicho trastorno han aumentado desde el 2009 y en cuanto a la prevalencia, continúan siendo las mujeres la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa.

Actualmente, a nivel mundial, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa de discapacidad y contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Además, en el peor de los casos, puede llevar al suicidio; es así como cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, siendo ésta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. En la actualidad, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países, no reciben tratamiento debido a la falta de recursos y de personal capacitado para su intervención, a la evaluación clínica errónea y a la estigmatización de los trastornos mentales (OMS, 2018).

Otro de los aspectos importantes para abordar la personalidad evitativa y depresión para el estudio de caso, consiste en la prevalencia de estos trastornos para el grupo etario en el que se encuentra la paciente (18 a 44 años), donde el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos. La prevalencia de cualquier trastorno mental para el año 2017 era del 4%, frecuencia que aumenta en las personas que tienen dos o más enfermedades crónicas y donde los trastornos afectivos se encuentran más frecuentes en este grupo de edad, con un 2,4%. Así, la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es de 2,4% (IC95%: 1,8%-3,1%) y la de ansiedad de 2,7% (IC95%:2,1%-3,3%) (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

Por otro lado, la conducta suicida está presente en el 7,4% de esta población, afectando en mayor proporción al género femenino y el 2,57% ha intentado suicidarse (Boletín de salud mental- conducta suicida, 2018).

Es así como el presente trabajo se desarrolla en el marco de la psicología anormal y del estudio de caso clínico único, desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual, la que se orienta a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias ilógicas e irracionales que subyacen a dichas cogniciones.

En lo que respecta al abordaje terapéutico, los investigadores coinciden en que el tratamiento cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, parecen ser los métodos más efectivos en el TPE.

Caballo (2004), describe un tratamiento para el TPE desde la perspectiva cognitivo-interpersonal. Dentro de este enfoque, algunas de las técnicas más empleadas son: *Entrenamiento en relajación* con o sin desensibilización sistemática, *Entrenamiento en habilidades sociales*, *Reestructuración cognitiva* destinada a eliminar las distorsiones cognitivas y los pensamientos autodevaluadores y *Técnicas de exposición*. Cabe señalar que muchos de los pacientes con TPE, presentan también depresión por lo que se benefician en gran medida de la *Activación conductual*. Con respecto al *Entrenamiento en habilidades sociales*, el formato de terapia grupal, es especialmente útil para este tipo de pacientes. De igual manera, los procedimientos que se llevan a cabo son directivos, estructurados y con límite de tiempo, acorde con el motivo de consulta y la necesidad de cada paciente (Beck, et al, 2010).

5. Objetivos

5.1. General

Implementar el método de investigación de estudio de caso en un paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad evitativa con comorbilidad de depresión, en el marco del modelo de la terapia cognitivo conductual, con el fin de profundizar y aportar en la comprensión y el esclarecimiento de esta entidad diagnóstica y su intervención.

5. 2. Específicos

Revisar los planteamientos teóricos que desde el modelo cognitivo referencien el origen, desarrollo y mantenimiento del trastorno de personalidad evitativa, para determinar la pertinencia de las técnicas de intervención cognitivo conductuales, corroborando con lo encontrado en el caso clínico estudiado.

Describir las manifestaciones clínicas de los trastornos de personalidad evitativa y depresión mayor en la paciente y a partir de esto conceptualizar el caso desde el modelo cognitivo y su correlación con las teorías expuestas.

Indagar modelos teóricos que permitan la comprensión de dichos diagnósticos y su comorbilidad.

Describir las estrategias de intervención más eficaces para pacientes con trastorno de personalidad evitativa en comorbilidad con depresión para validar las técnicas de intervención cognitivo conductuales en el caso clínico presentado.

6. Marco conceptual de referencia

Las patologías abordadas en el marco teórico, corresponden a las evidenciadas por la paciente del caso expuesto en la presente investigación. En primer lugar se abordará el Trastorno de Personalidad Evitativa dado que es el diagnóstico principal, posteriormente se conceptualizará el trastorno de Depresión Mayor.

6.1 Trastorno de Personalidad por Evitación

6.1.1 Reseña histórica

Bleuler en 1911, en su formulación inicial del concepto de esquizofrenia, plantea la primera descripción que se aproxima al carácter activamente desapegado típico de la personalidad evitadora. Al esbozar los diversos caminos que conducen al síndrome psicótico, este autor describió la temprana fase de ciertos pacientes como un apartarse de la realidad "porque sus afectos son tan potentes que tienen que evitar todo lo que pudiera activar sus emociones. La apatía hacia el mundo externo es, por lo tanto, secundaria, surgiendo de una sensibilidad hiperatrofiada" (Bleuler, 1950 p. 65).

Kretschmer, identifica dos polaridades de la sensibilidad en el temperamento esquizoide: el anestético y el hiperestético. Así, en el extremo hiperestético del continuo fue el antecedente del patrón de evitación, donde la clave para la comprensión de la personalidad evitadora, se expresa como: "Intentan, tanto como pueden, evitar y reducir toda la estimulación del mundo exterior" (Kretschmer, 1925 p. 161).

Schneider (1923/1950), coincide en ciertos aspectos con el conjunto de características de evitación en su concepción de la personalidad asténica. Es así, como al indagar sobre las observaciones hechas por Kretschmer sobre los asténicos, Schneider señaló que "estos pacientes son también incapaces de relajarse después de reaccionar ante una experiencia, aunque no sigan siendo presionados por ella. Se mantiene una contracorriente emocional molesta o bien la situación se prolonga deliberadamente" (Schneider, 1950, p. 143).

Menninger, abordó un tipo de carácter similar a la personalidad evitadora. Lo denominó "personalidades aisladas" y describió sus características de la siguiente manera: "Entre los tipos de personalidad propensos al fracaso en la adaptación social [...] el análisis descubre que son en realidad de dos clases. Algunos son "temperamentalmente" asociales y prefieren realmente que se

les deje en paz... El otro grupo está compuesto de "intrusos" desilusionados que desean fervientemente sumergirse en las relaciones sociales y bien no saben cómo o bien son retenidos por temores que les han sido inculcados...

Éstas han sido artificialmente apartadas de los contactos humanos hasta el grado de desarrollar deficiencias, manerismos, actitudes o excentricidades curiosas, que sirven para evitar su absorción por el grupo cuando se desarrollen oportunidades más tarde...

Mucha gente sufre constantemente, ya veces agudamente, de sentimientos de inadecuación, de timidez, de insatisfacción consigo misma, de hipersensibilidades y de un profundo desánimo a causa de estos sentimientos" (Menninger, 1930 pp. 64, 71).

Kahn, describió características que tienen que ver en gran medida con la concepción actual del trastorno de evitación. Centrándose en la "experiencia fragmentaria" de este tipo de pacientes y en su limitada "egoprotección", Kahn describe la personalidad evitadora como aquella que "se niega a actuar y a enfrentarse a los peligros del ambiente... prefiriendo vivir fuera de las luchas de la vida, como podría ser una isla bien protegida" (Kahn, 1931p. 267).

Karen Horney, cuarenta años antes de la formulación del DSM-III-R, sugiere una postura más cognitiva, describiendo a la persona "interpersonalmente evitativa", como aquella donde "Hay una tensión intolerable en la asociación con otras personas, y la soledad se convierte primordialmente en un medio para evitarla [...] Existe una tendencia general a suprimir todo sentimiento, incluso a negar su existencia" (Karen Horney, 1945, pp. 73-82). Posteriormente, presentó una descripción de una persona evitativa, acorde con las formulaciones cognitivas de poca o ninguna provocación, siente que se le menosprecia, no lo toman en serio, no desean su compañía y, de hecho, le desprecian. Incapaz de aceptarse como es, tal vez no puede creer que los demás, conociéndole con todos sus defectos, le aceptan con un espíritu amistoso o le aprecian (Horney, 1950 p.134)

Burnham, Gladstone y Gibson (1969), psicoanalistas que trabajaban en la etiología de la esquizofrenia describen el síndrome con características parecidas a las que figuran en el DSM III (1980).

Millon (1969), propone por primera vez, el término "personalidad evitativa", al cual le atribuyó una pauta de "separación activa" que representa "miedo y desconfianza". La formulación de Millon, se basa primordialmente en la teoría del aprendizaje social.

Además, fue Millon quien presentó en 1975 las características clínicas y los criterios diagnósticos del DSM-III, para la personalidad como parte inicial del trabajo sobre el Síndrome de Evitación. Así mismo, Millon (1998), observa que en el DSM-III-R se modifica la caracterización presentada en el DSM-III en un esfuerzo por describir el trastorno en relación con la descripción psicoanalítica del carácter fóbico. De esta manera, se eliminaron algunas características centrales de la caracterización del DSM-III y se añadieron otras características para resaltar las cualidades fóbicas que tipifican de forma manifiesta el tipo de Personalidad Evitadora. Estos cambios resultaron problemáticos y volvieron a cambiarse en el DSM-IV, así como en el CIE-10.

Klein, en 1970, contribuyó con una formulación biológica al diferenciar dos subtipos esquizoides, el primero se adapta al TPE y el segundo al *trastorno esquizoide de personalidad*. Posteriormente Beck en 1990, se refiere a la personalidad evitadora.

Lorna Benjamin, ofrece una perspectiva interpersonal sobre el trastorno de la personalidad por evitación. Según este autor, la persona evitativa experimenta "un intenso temor a la humillación y al rechazo, por lo tanto, para evitar el ridículo inesperado, se aparta y se reprime cuidadosamente. Desea intensamente amor y aceptación y llegará a establecer relaciones muy íntimas con aquellos pocos que pasen las exigentes pruebas de seguridad" (Lorna Benjamin, 1993 p. 297).

Retomando a Millon (1995), señala que la diversidad de síndromes clínicos identificados en el pasado que comparten elementos con el TPE, mostraría ser una evidencia de su validez como entidad clínica.

6.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación

Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), también conocido como Trastorno Ansioso con conductas de evitación, en el CIE-10.

6.1.2.1 Modelo categorial del DSM-5

Según el DSM-5, el Trastorno de Personalidad por Evitación, pertenece al clúster C o grupo de los ansiosos y temerosos. En general, el TPE se caracteriza por un patrón de inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, en donde se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes aspectos:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

(APA, 2014 p. 672)

6.1.2.2 Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad

En el modelo alternativo del DSM-5, los trastornos de la personalidad se caracterizan por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológicos. Los diagnósticos específicos de trastornos de personalidad que pueden derivarse de este modelo son los trastornos de la personalidad antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica. Este enfoque también incluye un diagnóstico de trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER), que se puede realizar cuando se considera que existe un trastorno de la personalidad pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico (APA, 2014 p. 761)

En este modelo, se presentan las características típicas del Trastorno de la personalidad evitativa, las cuales son: elusión de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales asociadas a sentimientos de ineptitud e incapacidad, una preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y el temor a la burla o la vergüenza. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, tal como se describe a continuación, junto con los rasgos específicos de mala adaptación en los dominios de la afectividad negativa y del desapego.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. Identidad: baja autoestima asociada con la autoevaluación como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior y sentimientos excesivos de vergüenza.

2. Autodirección: estándares poco realistas de comportamiento asociados con la renuencia a perseguir sus objetivos, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.

3. Empatía: preocupación y sensibilidades a la crítica o al rechazo, asociadas a la inferencia negativa distorsionada de las interpretaciones de los demás.

4. Intimidad: reticencia a involucrarse con las personas, salvo que esté seguro que es aceptado; baja reciprocidad en las relaciones íntimas debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado.

B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) ansiedad:

1. Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, como reacción a las situaciones sociales; se preocupan por los efectos negativos

de las experiencias desagradables del pasado y las posibilidades futuras negativas; sentimiento de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a la vergüenza.

2. Distanciamiento (un aspecto del desapego): reticencia a participar en situaciones sociales, de tal manera que se evitan los contactos y actividades sociales; la falta de apertura para el contacto social.

3. Anhedonia (un aspecto del desapego): falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.

4. Evitación de la intimidad (un aspecto del desapego): evita las relaciones interpersonales íntimas o románticas, el apego interpersonal, y las relaciones sexuales íntimas.

Especificadores. Existe una heterogeneidad considerable en la forma en que los rasgos de personalidad adicionales se presentan en cada individuo diagnosticado de trastorno de la personalidad evitativa.

Los especificadores del rasgo y del nivel de funcionamiento de la personalidad pueden utilizarse para registrar las características de personalidad adicionales que están presentes en el trastorno de la personalidad evitativa. Por ejemplo, otra característica de la afectividad negativa (como la depresión, la separación insegura, la sumisión, la desconfianza, la hostilidad) no forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad evitativa (véase el Criterio

B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad evitativa (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

(APA, 2014 p. 765-766)

Según la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), se considera la presencia de (F60.6) Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad. Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

1. Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
2. Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
3. Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
4. Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
5. Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
6. Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo. Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

Modelos Explicativos

Los modelos teóricos del TPE se agrupan en dos categorías que se definen teniendo en cuenta el centro de su estudio, los cuales se podrían dirigir al rol de la familia o al desarrollo social o en los procesos cognitivos.

Los estudios del primer grupo sobre experiencias de desarrollo social tienen el centro en temas relacionados con la heredabilidad. Widiger (2001) demuestra empíricamente la herencia de la introversión y el neuroticismo. Tillfors, Furmark y cols. (2001), en sus estudios evidencian la influencia en porcentajes de TPE y fobia social generalizada, especialmente en parientes en primer grado, concluyendo en su investigación, que tener un miembro de la familia afectado de ansiedad social, aumenta notablemente tanto la aparición de fobia social como de TPE.

Si bien autores como Beck y Freeman (1990), Benjamin (1993), destacan la influencia de las relaciones familiares patogénicas en el desarrollo de TPE, muy pocos estudios empíricos han verificado este postulado. Meyer y Carver (2000), en un estudio con 127 estudiantes universitarios, encontraron que los que presentaban síntomas de TPE, daban cuenta de recuerdos negativos de la infancia en comparación con estudiantes que reportaron otros *trastornos de personalidad* o ninguno. Incluso, comprobaron cómo personas con expectativas pesimistas estaban más predispuestas a generar sintomatología de TPE y esa tendencia se exacerbaba si además habían padecido rechazos, aislamiento u otras experiencias infantiles negativas.

Belloch y Fernández Álvarez (2002), en concordancia con lo anterior, describen datos acerca de niños de 21 meses que manifiestan activación fisiológica exagerada y rasgos activos de evitación ante situaciones sociales, proponiendo la hipótesis de rechazos y conductas de humillación en sus experiencias tempranas con los padres.

Meyer, Pilkonis y cols. (2001) plantean una relación entre estilos adultos de apego y *trastornos de personalidad*. Es así, como en su estudio prospectivo con pacientes en tratamiento con características de TPE, *trastorno límite de personalidad* y *trastorno dependiente de personalidad* correlacionaron consistentemente con severidad de síntomas y el apego seguro correlacionó inversamente. El apego seguro se vinculó con una mejoría relativamente mayor en el funcionamiento global y un curso más benigno de síntomas de ansiedad.

El modelo más conocido, encaminado a los procesos cognitivos, es el sugerido por Beck y Freeman (1990), el cual se basa en el concepto de procesamiento de esquemas. La mayoría de los estudios de procesos han sido enmarcados en el ámbito de la *fobia social*, (Clark, 2001 y Heinrichs y Hofmann, 2001), presentándose pocos estudios con respecto a la fobia social, lo que podría derivarse del hecho que las investigaciones muestran que ambas condiciones, el TPE y la *fobia social* pueden ser intercambiables.

Los estudios sobre procesos cognitivos asociados con TPE, se realizan con referencia a la fobia social, así, Turner y cols. (1992). Alden (2002) destacan que este y otros trabajos muestran

que en relación con grupos de control, los individuos con TPE comórbidos con *fobia social generalizada* mostraron más pensamientos negativos antes de eventos sociales y desplegaron interferencia cognitiva o amenaza social.

Por otro lado, un trabajo teórico de Procacci, Dimaggio y Semerari (2001) propone una perspectiva cognitiva del trastorno, con una teoría acerca de las dimensiones mentales disfuncionales, agregando a los ya conocidos contenidos de miedo al juicio y sensibilidad a la vergüenza, el sentimiento de extrañamiento y no-pertenencia, fruto de la dificultad de los pacientes con TPE de percibir la compartición de la experiencia con el otro.

Retomando a Alden (2002), este sugiere que la literatura sobre el TPE se ha ocupado principalmente de su ubicación en el espectro de la psicopatología, es así como un porcentaje bastante alto de los trabajos sobre esta patología han abordado problemas referentes a la definición, es decir, en la identificación de características que lo convierten en un constructo y en entidad clínica, es así como El TPE se presenta como un conjunto de rasgos que describen la exageración de la personalidad normal, con un elevadísimo nivel de superposiciones.

En lo concerniente a las causas del trastorno evitativo de la personalidad, no se encuentra consenso en la comunidad científica. La mayoría de los investigadores argumentan que se trata de un trastorno multicausal, es decir, producido por diferentes motivos. La evidencia clínica sostiene la importancia de los factores sociales y psicológicos en estos trastornos. Es decir, la repercusión

que llega a tener la manera en la que la persona ha interactuado en su desarrollo temprano con las principales figuras de apego. Adquiere relevancia la validación emocional que los niños reciban por parte de sus principales cuidadores debido a que la autoestima se va construyendo desde la niñez (Correa, 2017).

Si bien como se dijo anteriormente, la etiología del TPE no está clara, autores como Hudson y Rapee, refieren algunos factores que predisponen a padecer dicho trastorno, los cuales se agrupan en factores genéticos, familiares, ambientales y del desarrollo. (Hudson y Rapee, 2000).

Factores genéticos: existe una predisposición genética hacia la ansiedad en situaciones sociales. Sin embargo, no existen pruebas claras de que haya predisposición para padecer trastornos específicos de ansiedad o TPE, si bien los datos apoyan la conclusión de que lo que es heredado es la propensión a la inestabilidad emocional en general (Hudson y Rapee, 2000; Catarineu y Gili, 1998), así como la predisposición general para la ansiedad, más que una transmisión genética para trastornos específicos de ansiedad y el TPE (Hudson y Rapee, 2000).

En los estudios sobre temperamento, un área de importancia para la investigación de las influencias genéticas sobre los trastornos de ansiedad y de evitación social es la *inhibición*

conductual, que se plasma en reacciones de retirada, cautela, evitación y timidez ante situaciones no familiares (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984). De esta manera, la inhibición conductual podría ser un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de problemas de interacción social, dependiendo de la facilitación o no del ambiente, de las características temperamentales, así como de las prácticas educativas de los padres, que podrían conducir a largo plazo, a la inhibición conductual.

Factores familiares: las investigaciones realizadas en este campo refieren que en la génesis del trastorno, influyen los estilos de crianza infantil caracterizados por la sobreprotección parental, así como el modelado, pues si los progenitores presentan problemas de inhibición o evitación social, pueden enseñar a sus hijos que las situaciones sociales son dañinas o peligrosas (Hudson y Rapee, 2000).

Adultos con un estilo de apego ansioso son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, y por lo tanto son propensos a trastornos de la personalidad: histriónico, límite, por evitación y por dependencia . Autores como Díaz, Pérez, Martínez, Herrera Brito (2016), afirman que madres con tendencia a la introversión limitarán en cantidad y calidad las oportunidades de interacción que establecen sus hijos con el entorno, provocando en ellos reacciones inhibitorias caracterizadas por el rechazo, evitación y miedo cuando se enfrentan a la estimulación ambiental.

Hudson y Rapee (2000) destacan que los estilos de crianza infantil de los padres, el modelado parental de la ansiedad social y la limitada exposición a situaciones sociales son aspectos fundamentales para la transmisión familiar en la génesis y el desarrollo de la fobia social y del TPE. No obstante, el estilo parental de crianza que más se relaciona con la conducta de evitación es la sobreprotección, así como el grado de restricción de contactos e interacciones sociales que los miembros de la familia, y especialmente los padres, tengan con otros miembros de la comunidad. De igual manera, la carencia de exposiciones al grupo de iguales disminuirá la posibilidad de que el niño adquiera un repertorio de comportamiento de acercamiento e interacción social con otros niños, lo que puede conducir a que la presencia de iguales constituya una situación por sí misma provocadora de ansiedad, estado emocional que 'hay que evitar', incrementando así el déficit de habilidades sociales y el riesgo de desarrollar un TPE (Hudson y Rapee, 2000).

En lo que respecta a padres que presentan problemas de ansiedad y evitación social, pueden enseñar deliberada o inadvertidamente a sus hijos que las situaciones sociales son peligrosas y dañinas, así como el establecimiento de reglas o descripciones verbales sobre los riesgos y conflictos asociados a los contactos sociales, los cuales estarían exagerados por sus propios prejuicios.

Otros factores ambientales de carácter extra familiar: estos factores están relacionados con la historia de vida del sujeto. En la mayoría de los casos de fobia social o personalidad evitativa, los individuos han experimentado algún evento, que consideran traumático, relacionado con experiencias sociales como provocar la risa burlona de los demás o equivocaciones en público, así como ser rechazados por su grupo de pares, principalmente durante la adolescencia, etapa de vulnerabilidad donde la principal preocupación es ser aceptado. (Hudson y Rapee, 2000).

Estudios retrospectivos revelan que determinadas experiencias durante la infancia, como la incompetencia social, la impopularidad, la timidez y el juego solitario están relacionados con la fobia social, lo que puede deberse a un temperamento ansioso que hace que el niño se comporte de modo que sea apartado de otros niños o lo hacen más susceptible a la burla, la intimidación o el rechazo por los demás, aumentando así su aislamiento y su falta de habilidad social (Caballo, 1997a; Monjas y Caballo, 2002; Hudson y Rapee, 2000).

Factores de Desarrollo: el periodo de desarrollo en el cual se incrementa el grado de conciencia sobre sí mismo es la adolescencia temprana. Durante esta, el individuo adquiere la capacidad de darse cuenta de la evaluación de los demás, desencadenando posiblemente el inicio de los miedos sociales, sobre todo si existe déficit previo de habilidades sociales y/o baja

autoestima que tornen al joven más susceptible y vulnerable a la crítica y desaprobación por los demás, elementos característicos del TPE. (Hudson y Rapee, 2000)

6.1.3 Diagnóstico Diferencial

6.1.3.1 Trastornos de Ansiedad

En primer lugar, existe un importante debate sobre si la Fobia Social Generalizada y el TPE deben considerarse entidades clínicas independientes o por el contrario se trata del mismo trastorno. Es probable que la psicopatología general en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia circunscrita, la más leve, donde el sujeto tiene miedo a una o dos situaciones sociales, hasta el TPE, el más grave, donde están implicadas la mayoría de las situaciones sociales y cuyo inicio se remonta temprano en el tiempo (Caballo, 1995). La controversia surge dada la elevada comorbilidad existente entre ambos trastornos, la sintomatología similar y porque ambos se benefician del mismo tratamiento. Las diferencias, al parecer, se basan en que el TPE comienza a una edad más temprana y produce un mayor deterioro en la vida del individuo. Sin embargo, algunos autores como Caballo (2004), proponen la *Hipótesis del continuo de gravedad*, según la cual, tanto TPE como la fobia social serían dos conceptualizaciones del mismo trastorno, encontrándose la FS en el extremo más leve del continuum y el TPE, en el extremo más grave e incapacitante. Además, el modo de ser evitativo

tiene patrones más globales de comportamiento, ya que incluye sentimientos de incapacidad, inferioridad e ineptitud y un miedo general a asumir riesgos y a la novedad (Skodol, 2007), teniendo el TEP un malestar más generalizado, mayores niveles de ansiedad, depresión y mayor sensibilidad interpersonal y evitación social (Holt, Heimberg & Hope, 1992).

Así, la principal diferencia entre la fobia social y el trastorno evitativo es que en este último, existe una mayor tendencia a evitar tanto las emociones positivas como las creencias negativas acerca de las emociones, mucho más allá de las situaciones sociales (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

La evitación también caracteriza al TPE y al trastorno de pánico con agorafobia y a menudo tienen lugar al mismo tiempo. La evitación de este último trastorno empieza normalmente después del inicio de los ataques de pánico y puede variar en frecuencia e intensidad, mientras que la evitación en el TPE suele tener un comienzo temprano; una ausencia de estímulos desencadenantes claro y un curso estable (APA, 2000).

Con el trastorno obsesivo compulsivo, comparte la tendencia a disimular el mundo emocional y mantener controlado todo aquello que los puede hacer ver vulnerables. Comparten la ansiedad de ejecución y el temor a la evaluación (Millon y Davis, 2001), motivo por el cual, el miedo al

fracaso y a quedar mal ante los otros los tensiona, pero mientras el evitador huye de estas situaciones, el obsesivo se prepara de forma exagerada y cree que solo él puede hacerlo. Si bien los dos modos de ser no son espontáneos, es posible observar diferencias en la manifestación fisiognómica, ya que el control del obsesivo suele ser más funcional, mientras que la emocionalidad del evitador lo hace ver más tenso y angustiado.

6.1.3.2 Depresión

Con relación a las diferencias con la personalidad depresiva las características comunes en los dos trastornos es que desean tener relaciones, no obstante las evitan y en el caso del evitador este lo hace por el miedo a ser descubierto en su inadecuación, mientras que el depresivo lo hace por creer que será decepcionado por los demás y ambos temen la evaluación negativa. El evitador se centra en la ansiedad y el miedo de las relaciones, el depresivo en la frustración de las mismas (Huprich, 2005). Otra diferencia radica en que el depresivo a menudo tiene una red social más amplia (Rayder, Bagby, Marshall y Costa, 2007) y según estudios realizados por Huprich (2005), el TPE y el TPD pueden ser diferenciados porque el nivel de hostilidad y enojo es más alto en el modo de ser depresivo y la ansiedad más alta en el evitativo.

6.1.3.3 Otros Trastornos de Personalidad

Con respecto a otros trastornos de la personalidad, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD), ya que ambos trastornos se pueden presentar al mismo tiempo y tienen en común la hipersensibilidad a la crítica. Sin embargo, difieren en la manera de reaccionar ante la misma, pues mientras el dependiente responde con sumisión ante la crítica, el evitativo se distancia de los individuos que expresan esas evaluaciones negativas. Además, tanto el TPE como el trastorno de la personalidad por dependencia (TPD) se caracterizan por sentimientos de inadecuación, y una necesidad de seguridad. La principal preocupación del TPE es evitar el rechazo y la humillación, mientras que el TPD busca que le cuiden. Los dependientes responden a la crítica aumentando su sumisión y manifestando un deseo de mantener las relaciones a toda costa, mientras que los sujetos con evitación se apartan y se distancian de aquellos que expresan esas evaluaciones negativas. No obstante, es probable que ambos trastornos se presenten juntos con frecuencia (Alden, Mellings & Rydero, 2004).

Así, el concepto clave para distinguir el evitante del dependiente es entonces el retraimiento social.

En relación a la Personalidad Esquizoide, ambos trastornos comparten la característica del aislamiento social, no obstante, los evitativos muestran un interés marcado en establecer relaciones interpersonales, pero se aíslan por el miedo a la crítica, mientras que el esquizoide se aísla porque las cuestiones sociales le resultan indiferentes y en ningún momento presenta los sentimientos de soledad propios del evitativo (Herbert, 2007). Tanto el TPE como el trastorno esquizoide de la personalidad se caracterizan por la inexistencia de relaciones estrechas. Pero la persona evitativa desea amistades y sufre por la crítica, dos rasgos que no comparten los esquizoides, a quienes la crítica de los demás les resulta indiferente y están satisfechos con su poca participación social (Caponni, 1997; Beck, 2005; Millon & Grossman, 2007).

La diferenciación con el excéntrico o esquizotípico, es bastante similar a la del modo de ser aislado o esquizoide, pues también prefiere el aislamiento social (Beck, 2005, Caballo, 2004). La confusión con el evitador se puede dar por el hecho de compartir la ansiedad social, la constante fantasía interna, el aislamiento y la baja autoestima; sin embargo, el modo de ser excéntrico tiene comportamientos mucho más extraños y visibles, así como ideas psicóticas (Millon & Davis, 2001; Caballo, 2004). El modo de ser evitativo no haría cosas que llamen la atención de los demás de manera contundente como en el caso del esquizotípico.

Las personalidades paranoides comparten muchas características con los sujetos con evitación, especialmente una sospecha y un temor hacia el ambiente. Las diferencias con el modo de ser desconfiado o paranoico se ocultan porque los dos viven tensos, temen ser vistos vulnerables, no les gusta confiar en otros, ya que temen ser burlados o humillados, pero los evitadores “creen que la causa de ese desprecio es su propia inferioridad, mientras que los paranoides consideran que son los demás quienes tratan de anularles” (Millon & Davis, 2001). Las renuencias del paranoide provienen de un deseo de mantener la autonomía y de una expectativa de malicia y decepción hacia los demás. Según Millon y Escovar (1996), la personalidad evitativa no teme intenciones malvadas ocultas, sino que experimenta un vacío relacional que es difícil de describir y que se traduce como un sentido de ser ajeno al contexto; su desconfianza está relacionada con el temor a sentirse incómodo y humillado una vez se descubra su inadecuación.

En lo que respecta al trastorno de personalidad narcisistas es que estos como los evitantes, son propensos a la vergüenza, pero los primeros alcanzan más fácilmente estados en que se sienten superiores y en consecuencia protegidos de ese sentimiento (Wurmser, 1981). El narcisista busca en los demás confirmaciones de su grandeza, el evitante, desmentimiento de su inadecuación.

6.1.4 Comorbilidad en el trastorno de personalidad por evitación

Millon (1998), plantea que el TPE está asociado a otros trastornos de la personalidad, como el esquizoide, dependiente, paranoide, esquizotípico y límite. Al respecto, este autor sostiene que: “El síndrome más frecuente de las personalidades evitadoras es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que se caracteriza por períodos prolongados de aprensión y temores moderadamente intensos. Las habilidades interpersonales de los evitadores son muy poco adecuadas para las exigencias sociales y situaciones que deben afrontar, por lo que característicamente parecen en el límite, incapaces de relajarse, tensos, fácilmente activables, irritables, malhumorados, preocupados por las calamidades futuras y proclives a las pesadillas” (Millon, 1998 p. 284). De igual manera, afirma que las fobias sociales están tan arraigadas y son tan generalizadas en los evitadores, que es difícil indicar en donde terminan los rasgos de personalidad y en donde comienzan los síntomas fóbicos. Por este motivo, las personalidades evitadoras presentan indicios de hipocondría, para conseguir diferentes objetivos; pueden estar muy alerta a los sonidos y movimientos corporales, para asegurarse de que ellos mismos son “reales” y están vivos. Incluso, en estados más graves, y debido a su aislamiento social o a las preocupaciones sobre sí mismos, estas sensaciones corporales evolucionan hacia experiencias extravagantes y delirantes.

Como se mencionó anteriormente, dentro de la comorbilidad con el Trastorno de Personalidad Evitativa los trastornos de ansiedad juegan un papel muy importante, siendo la ansiedad generalizada y la fobia social los más frecuentes (Millon & Davis, 2001, Alden, Lapsa, Taylor y Ryder, 2002), en este aspecto se encuentran también manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo y los ataques de pánico (Alden, Lapsa, Taylor y Ryder, 2002), siendo estos problemas uno de los motivos por los que acuden a terapia (Beck, 2005).

Los síntomas físicos también suelen ser frecuentes, los problemas neuromusculares y del aparato digestivo, la tensión constante y las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad (Caballo, 2004), sin explicación médica alguna.

En lo que respecta a la comorbilidad con Depresión y el espectro depresivo, varios estudios ubican al TPE como uno de los más superpuestos con las depresiones, en especial con el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Se plantean algunas explicaciones clínicas para esta comorbilidad, como podría ser que el TPE anticipa el deterioro social en pacientes con trastorno depresivo mayor.

La comorbilidad entre TPE y depresiones, se podría explicar a partir de que la historia social y el aislamiento que son patognomónicos del TPE incrementan la vulnerabilidad de la depresión. Así mismo, se considera que la depresión mayor, el trastorno distímico y el TPE surgen de procesos etiológicos compartidos y superpuestos (De Ronchi y cols., 2000).

6.1.5 Prevalencia

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, los rasgos de personalidad del grupo C en el cual se inscribe el TPE, junto a los del grupo A en población general son más frecuentes en varones, personas separadas, divorciadas, viudas, desempleadas, con menores edades y nivel educativo.

En esta misma encuesta, se describe que al menos un 50% de los pacientes evaluados en un contexto clínico tienen trastornos de personalidad y se ha estimado una prevalencia de alrededor del 10% en la población general.

Acorde al estudio sobre *Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín*, este trastorno se ubica en el octavo nivel de prevalencia, con 5,3% (2,9% en mujeres y 2,4% en hombres). En este mismo estudio se describe que se presenta en mayor porcentaje en los sujetos entre 28 y 32 años (7,6%), seguido del rango de 18 – 22 años (5,8%).

Según el DSM-5, la prevalencia del Trastorno de Personalidad por Evitación es de alrededor de 2,4% en la población general estadounidense. Por lo que la cifra habría aumentado considerablemente con respecto a la edición anterior (DSM-IV-TR) que muestra una prevalencia

del 0,5% al 1% de la población general y una cifra del 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios. De acuerdo a Caballo (2004), la prevalencia es igual en hombres y mujeres (p. 205), no obstante en población general no clínica, podría ser algo mayor en mujeres (Caballo et al., 2004).

Coid et al (2006), en estudio realizado con población anglosajona, muestra una prevalencia aproximada del TPE entre el 0,4 y el 1,7% en población general. Además resalta, que especialmente en estas culturas de origen anglosajón, la distancia social es un indicativo de buena educación, por lo que el patrón evitativo, en estas situaciones, se podría considerar más como una conducta adaptativa que como o un trastorno de personalidad. Así, el contexto cultural es sustancial a la hora de diagnosticar una patología mental y sobre todo para identificar trastornos de personalidad, donde los límites entre la personalidad normal y patológica varían mucho en función de la cultura.

6.1.6 Desarrollo y curso

En cuanto al origen del trastorno de personalidad evitativa, en el DSM 5 se plantea que la conducta de evitación, generalmente empieza en la infancia o en la niñez con timidez,

aislamiento, miedo a los extraños y a las situaciones nuevas. Si bien, la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno, generalmente tiende a disiparse gradualmente a medida que se va envejeciendo. Por el contrario, las personas que llegan a desarrollar el trastorno de la personalidad evitativa tienden a ser cada vez más “tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes” (pág. 64), si bien el trastorno evitativo tiende a disminuir, a ser menos evidente o a remitir con la edad.

Caballo (2004), agrega que los componentes que pueden llegar a predisponer la ocurrencia del trastorno evitativo se originarían en la infancia y se expresan con características de comportamiento que se van acrecentando con la edad, llegando a presentarse los primeros síntomas en la adolescencia a la edad promedio de 15,5 años (Faravelli et al., 2000). En la edad adulta, el TPE se cristaliza a una edad promedio de 28,8 años (Faravelli et al, 2000).

Muchos pacientes con un TPE son capaces de funcionar aceptablemente si se encuentran en un ambiente protegido. Algunos se casan, tienen hijos y viven rodeados únicamente de miembros de la familia. Sin embargo, si el sistema de apoyo falla, pueden padecer depresión, ansiedad y tensión crónica (Kaplan et al, 1994).

6.1.7 Características del Trastorno de Personalidad por Evitación

Las personas con trastorno de la personalidad evitativa suelen evaluar cuidadosamente los movimientos y las expresiones de las personas con quienes entran en contacto. Su comportamiento temeroso y tenso puede provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus propios temores. Estos individuos están muy preocupados por la posibilidad de reaccionar ante las críticas ruborizándose o llorando. Son descritos por los demás como "tímidos", "vergonzosos", "solitarios" y "aislados". Los principales problemas asociados a este trastorno se producen en la vida social y en el funcionamiento ocupacional. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas con los contactos interpersonales restringidos. Estas personas pueden llegar a estar relativamente aisladas y, por lo general, no tienen una red de apoyo social amplia que les ayude en los tiempos de crisis. Desean el afecto y la aceptación, y pueden fantasear sobre relaciones idealizadas con otros. Los comportamientos de evitación también pueden afectar negativamente al funcionamiento ocupacional debido a que tratan de evitar las situaciones sociales que pueden ser importantes para satisfacer sus demandas básicas de trabajo o de ascenso. Otros trastornos que se diagnostican frecuentemente con el trastorno de la personalidad evitativa son los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social (fobia social). El trastorno de la personalidad evitativa se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la personalidad dependiente, puesto que suelen convertirse en personas muy apegadas y dependientes de sus pocas amistades.

También tienden a ser diagnosticados de trastorno de la personalidad límite o del grupo A de los trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide o esquizotípica).

(APA, 2014 p. 673-674)

Las características clínicas de este trastorno se refieren a síntomas relativos a la esfera interpersonal, como la evitación de actividades que impliquen un contacto interpersonal significativo, debido a las críticas, la desaprobación o el rechazo. No se relacionan con personas a menos que estén seguros de que les van a aceptar. Muestran inhibición en las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo y, a pesar de los deseos de relacionarse, se preocupan en exceso por ser criticados o rechazados en situaciones sociales. Algunos otros síntomas se refieren a la imagen de sí mismo, como estar inhibidos en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación y el percibirse socialmente incompetentes, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás. Otras características están relacionadas con el estado de ánimo, como el rechazar correr riesgos personales o implicarse en actividades nuevas debido a que puede resultar embarazoso (APA, 1994; Millon y Escovar, 1996). Por otra parte, la familiaridad proporciona bienestar, satisfacción e inspiración a los sujetos con un TPE, que desarrollan sus facultades en un ambiente emocionalmente seguro, con pocos amigos y familiares.

Según Millon y Davis (1998), las personas con un TPE protagonizan episodios de aislamiento social activo, ya que son muy sensibles a la crítica y al rechazo y han aprendido que una forma de no arriesgarse es evitando las situaciones sociales que impliquen este peligro. Si bien, se caracterizan por presentar conductas controladas, el hecho de estar en alerta constante, su nerviosismo e intranquilidad ante situaciones nuevas y desconocidas les hace presentar, ocasionalmente, movimientos rápidos y bruscos en estas situaciones. Sin embargo, cuando su presencia en reuniones con gente desconocida es inevitable, adoptan comportamientos fríos, extravíos y tensos con el fin de no vincularse íntimamente con ellos. Su discurso es lento y escaso, sin implicarse emocionalmente y adoptando formas correctas y educadas en el trato con los demás. Huyen del establecimiento de vínculos íntimos con gente con la que no tienen demasiada confianza y su excesiva búsqueda de privacidad puede derivar, en los casos más graves, en el retraimiento y el aislamiento social.

Las personas con este trastorno constantemente están sumergidas en sus pensamientos y fantaseando con situaciones que quisieran vivir, generando personajes ficticios de lo que quisieran realizar, diseñando guiones en donde son grandes conquistadores, defensores de sus derechos y de los demás o líderes con gran reconocimiento social. Así, a través de su imaginación alcanzan gratificación, construyen seguridad y resuelven conflictos (Millon & Grossmann, 2007),

además, de permanecer largos periodos en el mundo virtual a través de lo tecnológico con chats, mensajes de texto o redes sociales que les dan un espacio protector.

Así, en términos generales, las personas evitativas, tienen una gran sensibilidad a los insultos, la crítica y el rechazo (Caballo et al. 2004); son propensos a sentimientos de tristeza, vacío y soledad (Millon & Grossmann, 2007) y de negatividad frente a sí mismos, como vergüenza, culpa, desvalorización, inferioridad, de inadecuación (Romero, 2008)”. Son susceptibles al dolor físico o psicológico (Caballo et al., 2004), ya que por su configuración biológica, es probable que experimenten estímulos aversivos más intensos y frecuentes (Millon & Grossmann, 2007). A menudo, experimentan diferentes emociones negativas, susceptibilidad al estrés, evaluación negativa del ambiente y afrontamiento inadecuado (Meyer, 2002). La personalidad evitativa tiende a ser excesivamente introspectiva (Millon & Grossmann, 2007), se percibe como diferente de los demás, extraño o raro, sensaciones que le generan dificultad para identificarse con otras personas, conectarse y compartir.

Es importante resaltar que la autoestima en la persona evitativa, está severamente disminuida, ya que se considera poco atractiva e inferior a los demás (Cia, 2004), suponiendo que es probable que le guste a alguien (Beck, 2005), creyéndose vulnerable al rechazo y las críticas, así como torpes, poco interesantes, incompetentes e ineptos socialmente (Caballo et al., 2004). No

obstante, en la mayoría de trastornos de personalidad se tienen problemas de autoestima, se podría hipotetizar que en el caso del trastorno evitativo, este es su eje central.

En lo referente a las relaciones interpersonales en el TPE, están bastante afectadas, dada la hipersensibilidad al rechazo, son estas las que más activamente tienden a evitarse (Meyer, 2002), aislándonos de los demás, generando una seria dificultad para conocer personas nuevas y un déficit para mantener la relación.

Los modos de ser evitativo, según (Procacci & Popolo, 2008)”, presentan tres ciclos interpersonales problemáticos: 1. Ciclo Extrañeza/Desapego, donde la persona se percibe ajena a la relación, sintiéndose incomoda al considerarse diferente o fuera de lo normal. 2. Ciclo Inadecuación/Rechazo, se presenta cuando se asume que el otro lo rechazará inevitablemente al darse cuenta que no vale nada, interpretando las señales como una confirmación de su hipótesis, aumentando de esta forma su sensación de inadecuación y de malestar y enviando un mensaje que los demás pueden considerar inadecuado. 3. Ciclo Constricción/Evitación, aquí se experimenta al otro como cercano pero opresor, sintiéndose utilizado o dominado, sin tener las estrategias adecuadas para manejarlo.

En síntesis, siguiendo a Millon y Grossman (2007), las relaciones interpersonales para los pacientes con trastorno evitativo de la personalidad, según lo que estos refieren, se

“experimentan, de manera dolorosa, soledad y de aislamiento, sentimientos de estar ‘fuera de lugar’ y fuertes deseos de ser aceptados”.

6.1.8 Perfil cognitivo del Trastorno de Personalidad por evitación

Beck, Freeman, Davis, et. al. (2005), proponen el siguiente perfil cognitivo para el trastorno de personalidad evitativa:

Concepción de sí mismas	<p>Vulnerable al desprecio, al rechazo, a las críticas.</p> <p>Socialmente inepto, torpe, incompetente, poco interesante.</p>
Concepción de los demás	<p>Críticos, superiores, rechazantes, maliciosos.</p> <p>Productores de humillación</p> <p>Potencialmente críticos, desinteresados o despectivos.</p>
	"No soy bueno... Soy indigno... No

Creencias nucleares	<p>merezco ser amado. No tolero sentimientos desagradables".</p> <p>“Soy vulnerable (a las experiencias negativas)”.</p>
creencias condicionales	<p>"Si las personas se me acercan, descubrirán mi 'verdadero yo' real y me rechazarán; eso sería intolerable". O bien:</p> <p>"Si emprendo algo nuevo y no tengo éxito, eso sería devastador".</p>
Creencias instrumentales o de autoinstrucción	<p>"Lo mejor es mantenerse libre de compromisos arriesgados", "Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables",</p> <p>"Si pienso o siento que algo es desagradable, debo tratar de suprimirlo en seguida, distrayéndome o con un remedio</p>

	rápido (bebida, drogas, etcétera)".
Amenazas	Ser descubierto como "un fraude", ser degradado, humillado, rechazado.
Estrategia	Evitar las situaciones en las que se puede ser evaluado. Evitar emociones negativas, a través de distracciones y evitación de situaciones sociales.
Afecto	Disforia, una combinación de ansiedad y tristeza. Ansiedad relacionada con el temor a exponerse en situaciones sociales o de trabajo.

Tomado de Beck, Freeman, Davis, et. al. (2005)

Beck y Freeman (1990), afirman que en TPE, el estilo cognitivo de los sujetos, se caracteriza por constantes pensamientos divagatorios dificultan sus procesos cognitivos y la interacción social. Además, sus tareas cotidianas pueden verse afectadas por los numerosos detalles ambientales irrelevantes que conjuntamente con sus altibajos emocionales. No obstante, desarrollan gran capacidad imaginativa y fantasiosa, dado que se encuentran más centrados en su mundo interior, lo que les podría proporcionar gran talento para las artes. Además, teniendo en cuenta que el concepto que tienen sobre sí mismos es de incompetencia y de torpeza, su autoestima depende, primordialmente de la aprobación de los demás, presentando temor a cometer errores que los dejen en ridículo, por lo que tienen una gran capacidad para la interpretación de las intenciones y sentimientos de los demás cuando se encuentran en situaciones sociales, sintiéndose frecuentemente preocupados por la crítica y el rechazo. Los pensamientos automáticos negativos que presentan, reflejan una serie de distorsiones cognitivas, producto a su vez de esquemas básicos como: (Beck y Freeman, 1990): "Soy socialmente inepto "Todo el mundo es potencialmente crítico, indiferente, despectivo o puede rechazarme." "No tolero los sentimientos desagradables." Si los demás se acercan a mí descubrirán mi yo 'real' y me rechazarán." "Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable. "Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables." "Si siento o pienso algo desagradable debo intentar apartarlo de mi mente al dolor o distraerme." "Debo evitar las situaciones en las que atraigo la

atención, o ser lo menos llamativo posible." "Si otros me critican es que tienen razón." "Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fracasar." "Si no pienso en un problema no tengo que hacer nada al respecto."

"Cualquier signo de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto debo cortarla."

En términos generales, los pacientes evitativos tienen profundas creencias negativas sobre sí mismos, cuyo origen probable está en la infancia, cuando las interacciones con personas significativas rechazadoras y críticas les llevaron a verse como inadecuados y carentes de valor. En lo social, evitan las situaciones en las que otras personas intiman y descubren su "ser real".

En cuanto a la conducta, evitan las tareas capaces de provocarles sentimientos incómodos. En el plano cognitivo, evitan pensar en temas que producen disforia. Su tolerancia a la incomodidad es muy baja, y recurren a "remedios rápidos" siempre que empiezan a sentirse ansiosos, tristes o aburridos. No están contentos con la vida que llevan, pero se sienten incapaces de cambiar por sí mismos.

6.1.9 subtipos de la personalidad evitadora

Según Million (2006), las características de las personas con trastorno de personalidad evitativa, se manifiestan en varios subtipos como los que se describen a continuación:

El Evitador con conflictos: El comportamiento de estas personalidades está dado por la lucha que mantienen entre el deseo por distanciarse de los demás y el temor a ser totalmente independientes, pues si bien desean acercarse a las personas y demostrarles afecto, anticipan un dolor intenso y una gran desilusión. Otro elemento que complica las relaciones interpersonales íntimas es una baja autoestima, es así que cualquier esfuerzo por avanzar hacia la independencia se ve limitado por el temor a fracasar y la sensación de humillación que esto conduciría.

Este tipo de evitador, hace alusión a un patrón que combina características de la personalidad negativista, con tendencias básicas de retraimiento típicas del patrón evitador.

El Evitador hipersensible: En estos, el comportamiento se caracteriza por la irritabilidad y dificultad de trato, un estado de hipervigilancia hacia los signos de rechazo, abuso y fatiga que origina malhumor y actitudes de extrema desconfianza hacia los demás. Además de la desconfianza, estados de ánimo intensos y variables, manifestados mediante períodos prolongados de auto desprecio y constante tensión nerviosa.

Este tipo hipersensibles, evidencian una fusión de las características evitadoras básicas y de los elementos centrales de la personalidad paranoide.

El Evitador fóbico: Al enfrentarse con el objeto fóbico, estos evitadores pueden experimentar impotencia hacia las fuerzas que parecen surgir de su interior y un sentimiento intenso de terror y desorganización. Posteriormente, pueden aparecer impulsos irracionales y pensamientos

extravagantes. Por lo que lo más típico es una incapacidad para centrarse y una falta de recursos para distinguir lo seguro de lo inseguro y lo relevante de lo irrelevante.

Para este subtipo de evitador, el proceso de hallar un objeto fóbico representará el deseo de situar los temores creados por ellos mismos y de hacer un uso instrumental de ellos para alejar las amenazas de rechazo y abandono de cualquier otra persona que no les apoye

El Evitador interiorizado: Este se encierra en sí mismo, como medio de evitar el malestar que les produce el hecho de relacionarse con los demás. De esta manera, se descubren cada vez más conscientes de los contenidos psíquicos del mundo interior. En este tipo de evitador aparecen características depresivas, una amalgama de aversión social y autodesprecio. Otros evolucionan hacia un estado regresivo de embotamiento emocional con el que se desconectan completamente de sí mismos y en este huir de sí, pueden producir una escisión de la conciencia, una ruptura de lo que antes estuvo interconectado y un conjunto aleatorio de piezas sueltas. En esta fragmentación cognitiva se puede ver emerger claramente el estilo evitador y la estructura esquizotípica.

6.1.10 Proceso de Auto-perpetuación

Millon (1998), afirma que la evitación es el principal medio, por no decir el único, que las personas con este trastorno han encontrado para protegerse de forma eficaz de la dolorosa

humillación generada por los demás. Un malestar como la alienación social podría ser menos estresante que la angustia por abrirse a los demás, solo para ser rechazado y ridiculizado, de esta manera, la distancia garantiza cierta seguridad.

“El estilo de afrontamiento del evitador es esencialmente negativo”. En lugar de sacar al exterior las aptitudes que posee, se retrae de forma defensiva y se distancia cada vez más de las demás personas, anulando así las fuentes de un posible crecimiento. Como consecuencia de este aislamiento protector, los evitadores acaban solos ante sus conflictos internos y su auto-alienación. Si bien han conseguido minimizar los peligros externos, están todavía atrapados en una situación igualmente devastadora, por lo que desarrollarán 4 comportamientos que intensifican sus dificultades, a saber:

Aislamiento social activo: Las personalidades evitadoras asumen que las experiencias a las que han sido expuestas en épocas tempranas de su vida se mantendrán para siempre. De forma defensiva, limitan cada vez más la gama de actividades en las que se permiten participar, limitando notablemente su vida, eliminando la posibilidad de experiencias que les permita ver que existen personas cuya intención no es humillarlas ni rechazarles. Es así como las consecuencias de aislarse es acabar centrados en sus propios pensamientos e impulsos, limitarse

en su mundo interior de estímulos, rumiar constantemente sobre su pasado, con todo el malestar que esto conlleva.

Comportamientos temerosos y suspicaces: Los comportamientos de distanciamiento y desconfianza no sólo les apartan de los demás, sino que rememoran reacciones recíprocas de desafiliación y rechazo. Además, una actitud que comunica debilidad, temor y falta de seguridad atrae consecuentemente a las personas que disfrutan despreciando y ridiculizando a los demás. Por lo tanto, la postura vacilante, la suspicacia y las actitudes de autodesprecio, evocarán respuestas interpersonales que les conducen a más experiencias de humillación, condena y censura. Es decir, la tendencia es a realizar una repetición de su pasado. Es así como la aparente sensibilidad al rechazo, su estilo temeroso y poco asertivo, evocarán el ridículo en los compañeros, experiencia que reforzará e intensificará las inclinaciones aversivas de este trastorno.

Hipersensibilidad emocional y perceptiva: Las personas evitativas están atentas a los signos de rechazo, humillación y desprecio, constantemente detectan los mínimos indicios de indiferencia o enfado por parte de los demás y hacen de los sucesos más insignificantes, un conglomerado de ridículo y censura. Además, son bastante sensibles para detectar y agrandar incidentes intrascendentes, interpretándolos como indicadores de rechazo y burla. Sensibilidad que funciona bien al servicio de la autoprotección, pero les hunde cada vez más como personas e

incrementa la posibilidad de encontrarse con los estímulos que precisamente intentan evitar a toda costa.

Interferencia intencional: Para asegurarse cierta tranquilidad personal, los evitadores se implican frecuentemente en una serie de reinterpretaciones y digresiones cognitivas, bloqueando activamente, destruyendo y fragmentando sus pensamientos, intentando desconectar las relaciones existentes, los significados que atribuyen a sus percepciones y los sentimientos que experimentan en respuesta a éstas. Es por esto que defensivamente, destruyen de forma intencionada la claridad de sus pensamientos, introduciendo distracciones irrelevantes, ideas tangenciales y emocionales discordantes. En su intento por disminuir los pensamientos que los alteran, adquieren una estrategia de afrontamiento que agrava sus dificultades originales e intensifica su alienación, tanto a partir de sí mismo como de los demás.

6. 1.11 Evaluación del Trastorno de personalidad por evitación

Caballo (2004 p. 349), refiere que una forma de evaluar un TPE es mediante el constructo de apego-vinculación, que evalúa las tendencias de aproximación de los sujetos. Escalas de este tipo son: la “Entrevista para el Apego de los adultos”, el “Cuestionario sobre relaciones” el “Cuestionario para Adultos”.

Entre las estrategias para evaluar el TPE, se encuentran:

Las entrevistas semiestructuradas basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM.

La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del eje II- DSM-IV (DIPD-IV)

El examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE)

La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II (SCID-II)

En revisión realizada por Almeida (2016), en lo que se refiere a los instrumentos de evaluación para el TPE, se sustenta que en la mayoría de los casos se utilizan el SCID-I y el SCID-II para comprobar que los pacientes cumplen los criterios de este trastorno.

El PID- 5, como la medida del modelo dimensional de 25 facetas-rasgos de personalidad propuesta para el DSM-5. La versión completa para adultos consta de 220 ítems valorados en una escala Likert como 0 (muy a menudo o falso), 1 (algunas veces o un tanto falso), 2 (a veces o algo cierto) y 3 (muy verdadero o frecuentemente cierto) (Ferrer, et al, 2015).

Otros instrumentos utilizados para la evaluación de los TP son el MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-RF), el MCMI-III (Inventario Clínico Mutiaxial de Millon) y el PAI (Personality Assessment Inventory) (Esbec y Echeburúa, 2014).

Otras evaluaciones que se utilizan con frecuencia son: el BDI (Depression Inventory), (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) y cuestionarios que miden ansiedad social. El IIP-C:

Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales, (Alden et al., 1990), además de ser útil para realizar la evaluación, permite ajustar el tratamiento a los problemas interpersonales de los pacientes.

Caballo (1998), afirma que no existen instrumentos específicos para la evaluación del Trastorno de Personalidad por Evitación y que se pueden utilizar cuestionarios y entrevistas que evalúen ansiedad y fobia social con el fin de obtener una muestra más amplia del comportamiento de los pacientes con un TPE en distintas situaciones sociales.

6.1.12 Enfoques de intervención en el Trastorno de personalidad evitativa

Los investigadores coinciden en que el tratamiento cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, parecen ser los métodos más efectivos en TPE.

Caballo (2004), describe un tratamiento para el TPE desde la perspectiva cognitivo-interpersonal.

Dentro de este enfoque, algunas de las técnicas más empleadas son: *Entrenamiento en relajación* con o sin desensibilización sistemática, *Entrenamiento en habilidades sociales*, *Reestructuración cognitiva* destinada a eliminar las distorsiones cognitivas y los pensamientos autodevaluadores y *Técnicas de exposición*. Cabe señalar que muchos de los pacientes con TPE, presentan también

depresión por lo que se benefician en gran medida de la *Activación conductual*. Con respecto al *Entrenamiento en habilidades sociales*, el formato de terapia grupal, es especialmente útil para este tipo de pacientes.

Otro aspecto importante a tocar es la comparación entre la psicoterapia y farmacoterapia en estos trastornos. La evidencia indica que los dos tratamientos combinados son más eficaces que por separado. Sin embargo, se ha observado que la farmacoterapia es útil a nivel sintomático pero los beneficios no suelen ser permanentes, además de los conocidos efectos secundarios que provoca la medicación psicotrópica. Por el contrario, se ha comprobado que empleando terapia cognitivo-conductual, no obstante, los beneficios tardan más en producirse, las recaídas son menos frecuentes y a menudo se observan mejores resultados al finalizar el tratamiento, tal y como señalan Liebowitz y Heimberg (1997).

Beck y Freeman (2005) plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones y pensamientos disfuncionales. Proponen una identificación de pensamientos automáticos de los sujetos durante las primeras fases de la entrevista, pensamientos que pueden sacarse a la luz cuando los pacientes manifiestan un cambio de afecto, en medio de una discusión, o al final de la sesión. Una vez expresados, los pensamientos automáticos pueden evaluarse de distintas maneras. De igual manera, sugieren el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para los sujetos con

un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar, así como la representación e inversión de papeles para evocar pensamientos automáticos disfuncionales.

Para algunas personas con trastorno evitativo, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento necesario, para obtener una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Parte de la terapia se dedica también a identificar y comprobar los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Inicialmente, el paciente aprende la base evolutiva de los esquemas negativos, luego estos se ponen a prueba por medio de experimentos predictores, observación dirigida y representación de los primeros incidentes relacionados con los esquemas. Finalmente, los pacientes empiezan a darse cuenta y a recordar datos antiesquema sobre ellos mismos y sus experiencias sociales.

Estos autores (Beck y Freeman (2005), sugieren que para abordar los esquemas, se haga partiendo de las distorsiones cognitivas del paciente como indicadores que señalan el camino hacia los esquemas. Es así, como el terapeuta primero le ayuda a identificar las reglas disfuncionales que gobiernan su vida y después trabaja para realizar las modificaciones o alteraciones que exige un funcionamiento más funcional o adaptativo.

Posteriormente, se procede a la "modificación esquemática", la cual supone cambios en la manera básica de responder al mundo, a partir de la "reinterpretación de los esquemas", lo que

supone ayudar a los pacientes a comprender y reinterpretar sus estilos de vida y sus esquemas de modos más funcionales o adaptativos.

A continuación se enuncian de forma abreviada, los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación planteados por (Beck y Freeman, 2005)

- Entrenamiento en relajación (con o sin desensibilización sistemática)
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Reestructuración cognitiva
- Mejora de la autoestima
- Técnicas de exposición
- Terapia cognitivo-interpersonal, de Alden
- Autorregistro
- Modificación cognitiva (3 niveles)
- Activación conductual
- Exposición a las conductas y situaciones que teme
- Ensayo de conducta

Continuando con Beck y Freeman (2005), estos expresan que la última fase de la terapia sería la prevención de recaídas, ya que los pacientes pueden reincidir fácilmente en la evitación. En esta última fase se emplean ejercicios conductuales y cognitivos como el establecimiento de nuevas amistades y, profundizar en las existentes, intentar nuevas experiencias, entre otras. Antes de terminar la terapia, terapeuta y paciente elaboran un plan para que éste último continúe con terapia por sí mismo una vez que las sesiones formales hayan terminado.

En lo que respecta a la terapia cognitivo-interpersonal de Alden, Caballo (1998), describe que los objetivos de este tipo de intervención son el estimular a los pacientes a que examinen de forma objetiva su conducta social, que identifiquen creencias inadecuadas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones conductuales ineficaces, que experimenten con nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales y que observen cómo los cambios de su comportamiento generan diferentes consecuencias sociales.

Alden, citado por Caballo (1998), plantea las siguientes estrategias en este tipo de terapia:

1. *El autorregistro*: para que el paciente observe las situaciones sociales objetivamente y lleve a cabo un análisis racional de lo que ocurrió.

2. *Modificación cognitiva*: a través del autorregistro del paciente, el terapeuta puede realizar algunos pasos preliminares para modificar las creencias y los procesos cognitivos inadecuados. El

objetivo en este caso es ubicar las bases probatorias para un trabajo cognitivo posterior y más profundo.

3. *Activación conductual*. El objetivo de esta estrategia es sacar a los sujetos fuera de sus rutinas y reducir sus temores hacia las situaciones y actividades no familiares.

4. *Exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor*. Aquí se anima a los pacientes para que se expongan a las situaciones sociales que temen y realicen los tipos de conductas que les ponen ansiosos (p.ej., iniciar interacciones, expresar opiniones personales, etc.). La exposición se ayuda con elementos del procesamiento de la información (p.ej., expectativas negativas) y, en los casos más graves de evitación, con estrategias de ensayo y de activación conductuales (antes de exponerse a las situaciones temidas).

5. *Ensayo de conducta*. Este tipo de estrategias se utiliza para apoyar la confianza en sí mismo del paciente y aumentar la probabilidad de implicarse en la situación y experimentar un resultado positivo.

6. *Modificación cognitiva*. En la medida que avanza la terapia, el terapeuta pasa a estrategias que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento con base en las emociones, que suelen caracterizar a los pacientes con un TPE. En esta parte del tratamiento, el terapeuta aborda las creencias nucleares de la persona sobre sí misma y sobre los demás.

El núcleo de la terapia del evitante

Millon, Davis y otros (1996) consideran que el principal objetivo de la terapia es contrastar la tendencia natural de los evitantes a mantener un patrón de aislamiento social, hipervigilancia perceptiva y evitación cognitiva. Las personas que padecen este trastorno, son de difícil pronóstico, pues sus actitudes son globales y generalizadas; pocas veces se hallan en un contexto que les haga de apoyo y que pueda acompañarles en el proceso de cambio a lo largo de la terapia. La psicoterapia cognitiva tiende a modificar los esquemas interpersonales disfuncionales y los comportamientos de evitación, pero también debe evaluar el contexto familiar con el fin que éste no confirme sus esquemas de base. Además, también en la relación terapéutica, la dificultad para identificar los estados internos y la tendencia a crear ciclos interpersonales de extrañamiento alimenta el desapego y las dificultades de comunicación. Por lo tanto la intervención se centrará en que el paciente incremente las capacidades de identificación y module la sensación de extrañamiento y desapego que afecta a los participantes de la relación terapéutica, para continuar con las tareas de autoobservación e incrementar las capacidades de relacionar los estados personales con las variables ambientales y relacionales.

Otro aspecto fundamental sobre el que intervenir es el descentramiento. Si éste no mejora, las intenciones de los demás quedan oscuras, enjuiciadoras, confirmadas por ciclos interpersonales que alimentan el sentimiento de inadecuación y no-pertenencia. De esta manera, la intervención

en lo que respecta a los ciclos interpersonales con estos pacientes representa el telón de fondo que guía el terapeuta en la relación y en la gestión de la sesión. La dimensión interpersonal problemática no se puede debatir, sino se ha mejorado antes la capacidad de acceder a los estados mentales propios y ajenos. Es así, como en las etapas iniciales de la terapia, la gestión correcta de los ciclos se orientará a incrementar la experiencia compartida entre paciente y terapeuta, fomento de habilidades autorreflexivas y de descentramiento, lo que junto a una relación terapéutica más estable abrirán el camino a intervenciones dirigidas a modificar los ciclos interpersonales y los esquemas que los sostienen. Lo anterior, con el objetivo de “devolver” el paciente al mundo relacional y social, de manera que se sienta más cercano y participe de la vida con los demás, con menor sufrimiento y desapego. El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación.

Tratamiento farmacológico

El uso de psicofármacos para el TPE suele ser un tratamiento de carácter sintomático y está orientado a controlar los síntomas de la ansiedad y depresión. Se utiliza también para las ocasiones en las que se presenta irritabilidad por la sobreactivación del sistema nervioso autónomo simpático. Aunque los estudios varían en muchos aspectos, la evidencia preliminar tiende a apoyar la administración de benzodiazepinas, ISRS y varias formas de IMAO que

pueden ser eficaces para el tratamiento del TPE o de patrones de evitación asociados con las fobias sociales (Reich, 2000).

Investigaciones sobre el nivel de afectación de la Autoestima en el Trastorno Evitativo de la Personalidad

De acuerdo con los resultados analizados en la segunda sección de esta revisión, se puede concluir que la autoestima está muy deteriorada en las personas con Trastorno Evitativo de la Personalidad. De hecho, esta patología es uno de los trastornos de la personalidad que más afecta a la autoestima, pues, aun comparándose con el Trastorno Límite de la Personalidad (una de las patologías más incapacitantes) los pacientes con TPE presentan una autoestima más baja. Esta comparación puede apreciarse en el ensayo clínico de Lynum et al. (2012).

A propósito de lo comentado anteriormente, cabe destacar que existen estudios, como el de Cummings et al. (2012), los cuales ponen de manifiesto que un cambio en la autoestima, durante las primeras sesiones de la terapia, resulta ser predictor de una buena respuesta terapéutica.

Finalmente, es preciso señalar que el estudio de la autoestima en los trastornos de personalidad, es un campo muy interesante que debería ser más investigado, pues este tipo de trastornos están muy relacionados con la evaluación del “yo” que realiza el paciente. Por tanto, las investigaciones en este campo, pueden arrojar interesantes resultados con respecto al tratamiento. Sobre todo en los trastornos de personalidad donde la autoestima es muy baja, como

es el caso del TPE, pues probablemente haya que empezar reparando esa concepción tan negativa del “sí mismo” para que exista una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados terapéuticos.

Investigaciones

Las investigaciones referidas a la relación entre Autoestima, trastorno de personalidad evitativa y depresión, sugieren que ésta se ve particularmente afectada.

De acuerdo con Lynum et al. (2008) el TPE es uno de los trastornos de la personalidad que más afecta a la autoestima, pues, aun comparándose con el Trastorno Límite de la Personalidad (una de las patologías más incapacitantes) estos pacientes presentan una autoestima más baja.

Así, investigaciones sobre la autoestima en los TPE como la de R. Lafora (2012), arrojan datos interesantes sobre el tratamiento de este trastorno, ya que por un lado es útil como predictor del tratamiento (en el caso de exista un cambio en hacia una autoestima más positiva al inicio de la terapia) y por otro lado es uno de los elementos a tratar, de manera prioritaria, ya que como se dijo anteriormente, la autoestima se ve bastante afectada en el TPE y se hace necesario iniciar el

tratamiento, “reparando” esa concepción tan negativa del “sí mismo” para que exista una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados terapéuticos.

En lo que respecta a la asociación con trastornos afectivos, esta parece muy clara. De hecho, la autoestima es, al mismo tiempo, un síntoma de depresión y un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de Depresión Mayor (Ormel, Oldehinkel y Vollebergh, 2004; Talbot, Harris y French, 2009), y lo es en todas las franjas de edad adulta (Orth, Robins, Trzesniewski, Maers y Schmitt, 2009). Por otra parte, si bien la baja autoestima se asocia a psicopatología, la alta autoestima es considerada un factor de protección frente a ella (Takakura y Sakihara, 2001; Calvo, González y Martorell, 2001), una variable relacionada con el bienestar psicológico (Sánchez y Barrón, 2003), un aspecto -en definitiva de la personalidad resistente (Moreno, Alonso y Álvarez, 1997).

Los resultados más comunes de la investigación publicada coinciden con lo que espera el sentido común: a mayor autoestima, mayor salud; a menor autoestima, mayor patología; una asociación lineal, por tanto, entre armonía personal (equilibrio, bienestar, salud) y aprecio personal (Autoestima). Alta autoestima correlaciona con sociabilidad, motivación, ajuste personal y bienestar; baja autoestima, en cambio se asocia a problemas psicosomáticos, retraimiento social, fracaso, sintomatología mayor (Moreno et al., 1997). Es así como las investigaciones

sugieren una relación directa entre autoestima y salud mental y una relación inversa con los trastornos mentales.

Talbot et al. (2009), estudiando el valor predictivo de la autoestima en el resultado terapéutico de pacientes con diversa patología psiquiátrica, señala una contradicción entre trabajos que mostraban que la autoestima predice el resultado del tratamiento para la depresión, pero no para la ansiedad, y otros que ofrecían el patrón justamente contrario. Más recientes, Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010), recuerdan que la relación entre autoestima y depresión no es tan lineal y simple como parecía: los desarrollos más actuales apuntan a que no es la baja autoestima, sino su *variabilidad*, la que supone un aumento de sintomatología depresiva. Salazar-Fraile, Ripoll-Alandes y Bobes (2010), estudiando el valor predictivo para la recaída en el consumo de tóxicos, revelan que la autoestima es irrelevante: no representa ni factor de protección ni de riesgo.

De la mano de este último artículo comentado, se empieza a transitar un territorio psicopatológico donde la complejidad de procesos domina sobre la linealidad de sintomatologías: el ámbito de los llamados Trastornos de Personalidad. Al contrario de lo que ocurriría en los síndromes clínicos (trastornos "del Eje I", en terminología DSM), se rompe la lógica esperada y una alta autoestima podría ser indicio de una mayor gravedad en el ámbito de los trastornos del Eje II. Porque, si es cierto que la autoestima promueve la ejecución de conductas saludables

(Torres-Rivas, Fernández y Maceira, 1995), también lo es que una autoestima positiva elevada puede acompañarse de una insensibilidad a los problemas ajenos, lo que entorpecería el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales adecuadas; también puede promover un déficit de realismo autocrítico que dificultaría una resolución eficaz de los problemas (Wells y Marwell, 1974; Heatherton y Ambady, 1993). Y es así como en los Trastornos de Personalidad, tanto la percepción de sí mismo, como las relaciones interpersonales están defintoria, axiomática, esencialmente alteradas (Pérez, González y Redondo, 2007; Linares, 2007).

Silverstone (1991), comparando diversos grupos diagnósticos de ambos ejes, halla que los pacientes con TP exhiben los niveles más bajos de autoestima, incluso por debajo de los pacientes con depresión. En el mismo sentido va el hallazgo de Lynum, Wilberg y Karterud (2008): el TP explica la varianza en autoestima más que la depresión. La baja autoestima no es sólo un síntoma de la depresión, ni sólo un factor de riesgo para otros trastornos: es un epifenómeno de procesos cruciales que constituyen la personalidad y facilitan o dificultan, por diversas vías, la adaptación satisfactoria al entorno.

En síntesis y a partir de la revisión de diversos artículos, la autoestima, podría intervenir como elemento modulador entre el sentimiento de vergüenza y el autoconcepto implícito, entre el rechazo interpersonal, las atribuciones culpabilizadoras y la activación del sistema Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (Ford y Collins, 2010), entre los problemas cotidianos y la respuesta de estrés

(DiPaula y Cambell, 2002), entre el estrés y la evitación experiencial (Udachina et al., 2009), entre abuso infantil, patrones invasivos o negligentes de crianza y psicopatología (Finzi-Dottan y Karu, 2006).

6.2. Trastorno de Depresión Mayor

6.2.1. Criterios diagnósticos:

Según el DSM-5: Cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representa un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso).

Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).3.Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

A. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

B. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

C. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

D. Nunca ha habido un episodio maniaco depresivo.

6.2.2 Desarrollo y Curso

Aparece por primera vez en cualquier edad, normalmente a partir de la pubertad. El curso es bastante variable como explica el DSM-5: “Algunos pacientes presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con poco o ningún síntoma entre los episodios” (APA, 2014 p. 165).

Distinguir entre pacientes que acuden a consulta durante una exacerbación de un trastorno depresivo crónico o de aquellos que aparecen recientemente es importante al iniciar psicoterapia. También es fundamental saber que la cronicidad de la depresión aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad o ansiedad, así como consumo de sustancias. Es útil identificar el último periodo de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo de dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes.

El curso del trastorno depresivo mayor no suele cambiar por lo general con la edad. El tiempo promedio para la recuperación parece ser estable en largos periodos de tiempo, y la probabilidad de entrar en un episodio, en general, ni aumenta ni disminuye con el tiempo.

6.2.3 Prevalencia

Acorde con el Boletín de Salud Mental de Depresión (2017), se estima que a nivel mundial hay 350 millones de personas con depresión. Lo anterior, podría ser la causa de suicidio de alrededor 800.000 personas en todo el mundo, afectando en mayor proporción al grupo etario entre los 15 y 29 años.

En Colombia, las atenciones por depresión vienen en aumento desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015. La mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres. En

2015, el 70.4% de personas diagnosticadas con depresión moderada corresponde al sexo femenino y el 29.6% al sexo masculino.

En cuanto al reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca ocupan los primeros lugares.

El DSM-5, plantea que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7%. Respecto a los grupos de edad, la prevalencia en los sujetos entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en las personas de 60 años o mayores. De igual manera, las mujeres presentan tasas 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciando el trastorno en la adolescencia temprana.

6.2.4 Diagnóstico diferencial

En el marco del DSM 5, los episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable, de modo que para realizar el diagnóstico diferencial se requiere de una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos (APA, 2014 p.155).

El trastorno del humor debido a otra afección médica se debe diagnosticar cuando el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica, para ello el clínico debe basarse en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio.

El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se diferencia del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia que está etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se relaciona con el trastorno depresivo mayor en cuanto a la distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración presente en las dos entidades clínicas, por tanto, si se cumple con los criterios de ambos, se deberá diagnosticar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad además del trastorno del ánimo. Es necesario que el clínico, tenga cuidado para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o pérdida del interés.

El trastorno por adaptación con ánimo deprimido se diferencia del episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial por el hecho de que los criterios

diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Los períodos de tristeza, inherentes de la experiencia humana, no deberán diagnosticarse como un episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad y duración, y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo.

Vázquez y Sanz (1994), además de reconocer los trastornos anteriormente mencionados, también incluyen otros trastornos para efectuar el diagnóstico diferencial con los trastornos del estado de ánimo. Así, los trastornos de ansiedad son el dilema diagnóstico psicopatológico más común que se presenta con los trastornos del estado de ánimo. Según estos autores, la ansiedad subjetiva o la inquietud coexisten con la depresión en un 70-80% de los casos, haciendo difícil separar los trastornos de ansiedad de los trastornos del estado de ánimo. Es así como la distinción diagnóstica fundamental es cronológica, es decir, ¿qué empezó antes?

En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones y las compulsiones pueden estar presentes en una depresión mayor y, a su vez, es frecuente que en los cuadros obsesivos-compulsivos se presentes episodios de depresión mayor. Consecuentemente, se hace necesario identificar cuál de

las dos entidades clínicas es más predominante en términos de antecendencia temporal o de importancia clínica.

Las reacciones del duelo pueden también confundirse con la depresión. Si bien, durante el duelo se presenten síntomas del episodio depresivo mayor, no debe diagnosticarse este trastorno, excepto que el síndrome depresivo completo este presente dos meses después de la pérdida. Adicionalmente, las reacciones del duelo suelen diferenciarse de los trastornos del estado de ánimo porque en aquellas hay menos síntomas y de menor duración y, además, no son frecuentes los pensamientos de culpa y suicidio, el retardo psicomotor y la presencia de ideas de perder la razón.

6.2.5 Comorbilidad

El DSM-5, plantea que “otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad” (APA, 2014 p. 168).

6.2.6 Teorías explicativas

Las teorías conductuales de los trastornos depresivos se basan en los constructos del aprendizaje, especialmente el condicionamiento operante, enfatizando que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

Fester (1973), plantea que la principal característica de la depresión es la reducción en la frecuencia de conductas reforzadas positivamente y un exceso de conductas evitación o escape ante estímulos aversivos. Por tanto, todo proceso que explique los cambios en la frecuencia conductual puede constituir una causa contribuyente distante de la depresión. De esta manera, se identifican tres procesos que aislados o en combinación, explican la patología depresiva: cambios inesperados, súbitos y rápidos en el ambiente que supongan pérdidas de fuentes de refuerzo importantes para la persona; la imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone una mala adaptación al medio y por consiguiente, un menor número de refuerzos positivos, que a su vez, genera una nueva reducción conductual, así como la observación errónea del ambiente, que produce una conducta socialmente inapropiada y por ende, una baja frecuencia de refuerzos positivos.

Lewinsohn (1976), postula que la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos, por lo tanto dicha pérdida es la causa de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores: un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente, falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente dado e incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles.

Los planteamientos de Costello (1972), sugieren que el rasgo más característico de las personas deprimidas es la falta de interés general. En consecuencia, el detrimento de la efectividad de los reforzadores del medio en el que se desenvuelven, constituye la causa suficiente y necesaria de la depresión. Así, los cambios bioquímicos y neurofisiológicos y la ausencia de uno o de varios de los estímulos condicionados de una cadena conductual, serían los factores responsables de esa pérdida de efectividad de los reforzadores.

De acuerdo con Ingram y Wisnicki (1991), existen tres clases de teorías cognitivas de la depresión, a saber: las del procesamiento de la información, las cognitivo-sociales y las conductuales-cognitivas.

Beck (1983), dentro de las teorías del procesamiento de la información, postula que en los trastornos del estado de ánimo existe una distorsión en el procesamiento de la información debido

a la activación de esquemas disfuncionales *depresógenos* y que para que esta activación tenga lugar, se requiere de la aparición de un suceso estresante similar a aquellos sucesos que sentaron la base para la formación de los esquemas.

La teoría cognitiva propone dos dimensiones de la personalidad como factores de vulnerabilidad para la depresión: la sociotropía y la autonomía. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por su parte, Sanz y Vázquez (1994), plantean que las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal activarán de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos.

Dentro de las teorías del procesamiento de la información, se encuentra además la de hipótesis diferencial de Teasdale (1988), desarrollada a partir de la teoría de la depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower. Esta teoría es un modelo de diátesis-estrés, en el que el inicio de la sintomatología depresiva resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia de un suceso estresante. La activación del nodo de la depresión se extiende a los nodos cognitivos asociados, reactivando dicha actividad cognitiva, a su vez, el nodo de la depresión, el estado depresivo inicial se intensifica y/o mantiene en el tiempo.

En cuanto a las teorías cognitivo-sociales, la de la desesperanza propone una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos: *la depresión por desesperanza*. Así, la causa para la aparición de este tipo de depresión es la desesperanza, la que tiene lugar a partir de las clases de atribución que las personas hacen acerca de los sucesos y el grado de importancia que les concede. De esta manera, cuando la persona atribuye la ocurrencia de los sucesos vitales negativos a factores estables, globales y los percibe como importantes, la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva es mayor. (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989).

Para finalizar, se enuncian las teorías conductuales-cognitivas, específicamente la teoría del autocontrol de Rehm y la teoría de la autofocalización de Lewinsohn. La teoría del autocontrol de Rehm (1977), se concibe como un modelo de diátesis-estrés, ya que un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol, factor de vulnerabilidad, al interactuar con la ausencia de reforzadores externos (factor de estrés), desencadena un episodio depresivo. Según Rehm, el déficit tiene lugar a partir de la presencia de dificultades en las conductas de autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento. Por su parte, la teoría de la autofocalización de Lewinsohn señala que los factores ambientales son los responsables fundamentales de la depresión, no obstante, reconoce que hay factores cognitivos que entran a mediar los efectos ambientales.

6.2.7 Tratamiento

Para el tratamiento de la Depresión, se sugiere que las intervenciones iniciales sean más de corte conductual y específicas (Bowers, 1990).

El objetivo de las primeras intervenciones está encaminado a ayudar a interrumpir el procesamiento automático de la información. Para tal fin, se enseña al paciente a identificar e interrumpir los pensamientos automáticos negativos, haciendo preguntas y por medio del registro diario de pensamientos (RDP) (Beck et al., 1983). Otras intervenciones iniciales, se dirigen a evaluar y fomentar hipótesis, a contrarrestar la escasa motivación y a fomentar la distracción. Lo anterior, se lleva a cabo por medio de un programa de actividades, donde el paciente registra sus actividades durante la semana para contrarrestar sus pensamientos de baja autoeficacia, expectativas negativas, minimización de lo positivo y maximización de lo negativo. Dicho programa de actividades, también se emplea para asignar actividades agradables con el fin de contrarrestar la escasa motivación y fomentar el movimiento. El programa de actividades puede incluir evaluaciones del agrado y de la destreza, es decir, se le pide al paciente que haga predicciones sobre su capacidad para afrontar y disfrutar de las actividades que realiza, y de esta manera, reestructurar su tendencia a sobreestimar las dificultades de la tarea y desestimar su capacidad para afrontarla, así como su potencial para obtener placer de ella (Freeman y Oster, 2002).

En lo que respecta a la fase media de la terapia, la atención se dirige a generar y practicar conductas, atribuciones, expectativas e hipótesis alternativas, es decir, se busca modificar patrones de conducta y los pensamientos automáticos negativos y sus esquemas subyacentes (Hollon Garber, 1990). De esta manera, se le enseña al paciente a combatir sus pensamientos automáticos, haciendo uso del interrogatorio acerca de los pensamientos automáticos negativos (Beck, 2000) y elaborando una hipótesis alternativa. En consecuencia, se busca crear un nuevo esquema inconsistente con el esquema original o modificar de forma significativa este esquema (Freeman Oster, 2002).

En esta fase de la terapia, se emplean estrategias como la decatastrofización, cuando el paciente predice consecuencias negativas para los acontecimientos y se atribuye poca capacidad para el afrontamiento. Así mismo, se combate el pensamiento dicotómico, que caracteriza los estados depresivos, ayudando al paciente a que considere las variables categorizadas como continuos (Freeman Oster, 2002).

La última fase de la terapia, se encamina a la generalización y transferencia del aprendizaje y a la prevención de recaídas. Para la prevención de recaídas, se repasan los objetivos de la terapia y los síntomas iniciales, ya que el progreso se evalúa contrarrestándolos con las preocupaciones y el estado de ánimo actual. Además, se le pide al paciente que explique los cambios que ha obtenido e identifique el nuevo aprendizaje y las nuevas actitudes y habilidades, comparándolas

con las antiguas. Con base en lo anterior, se listan las cosas que se llevará de la terapia para tener una referencia y recordatorio fácil. Por último, se le pide al paciente que anticipe los estímulos estresantes que podrían provocar recaídas, identificando las habilidades, las retribuciones y los nuevos patrones de conducta o cogniciones que puede implementar para soportar y enfrentar el acontecimiento estresante (Freeman Oster, 2002).

6.3 Personalidad evitativa y depresión

En las personas que padecen el trastorno evitativo, es bastante frecuente la comorbilidad con depresión. En pocas ocasiones emprenden actividades o pasatiempos que, momentáneamente, les gratifican y les preservan del contacto interpersonal (colecciona películas, escucha música). Sin embargo, cuando se da cuenta de que éste es un signo de la incapacidad por vivir una vida como los demás, se deprime profundamente.

Por otra parte, la tendencia al retraimiento y al aislamiento incrementa la vulnerabilidad de la depresión (Alnaes, Torgersen, 1997). Las fases depresivas expresan el fracaso de las estrategias de afrontamiento habitualmente empleadas, el espacio creado por la evitación social se vuelve intolerable.

Siendo estas fases depresivas, la expresión del fracaso de las estrategias de afrontamiento (Procacci y Popolo, 2008). La profunda tristeza y soledad vivida puede manifestarse en episodios depresivos llenos de sensación de abatimiento e inutilidad (Millon y Davis, 2001), teniendo como agravante el factor de riesgo de la baja autoestima que se asocia fuertemente con la depresión (Lynum, Wilberg y Karterud, 2008). En síntesis, la depresión es uno de los estados de ánimo más reconocido en este modo de ser (Beck, 2005; Alden, Mellings y Rydero, 2004, Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008, Alden, Laposa, Taylor y Ryder, 2002), especialmente el trastorno depresivo mayor y la distimia, siendo este uno de los principales motivos por los que los pacientes evitativos acuden a terapia (Beck, 2005).

7. Historia clínica del caso

7.1 información de identificación

María Teresa es una mujer de 24 años, antioqueña, mestiza, católica, soltera, estudiante de licenciatura en inglés; convive con sus padres y un hermano menor. Su padre es conductor y su madre es ama de casa.

7.2 Queja principal

Paciente remitida por neuropsicología por sintomatología depresiva y ansiosa clínicamente significativa.

María Teresa reporta dificultades para establecer relaciones interpersonales. Comenta que últimamente se ha sentido «terriblemente mal por estar sola, por ser una inútil y porque la gente la rechaza.»

7.3 Historia del problema actual

La paciente refiere que en julio de 2017, en el momento que era necesario hacer trabajos grupales en algunas de sus asignaturas en la universidad donde cursa sus estudios, se sentía bastante mal cuando “ninguno de sus compañeros quería hacerse con ella” para realizar las

actividades académicas propuestas o cuando en la escuela de música donde interpreta el violín, tienen alguna presentación y ésta «duda» de su talento para tocar este instrumento musical.

Además, considera que a sus 24 años “ya debería tener una pareja” como cualquier mujer de su edad, sino fuera tan “fea y poco interesante”. Situación que la aqueja bastante y según refiere, confirma que “siempre estará sola y no podrá disfrutar de una relación afectiva que le dé un poco de felicidad a su triste y vacía vida”.

Al momento de iniciar las consultas (3 de febrero de 2018), refiere los siguientes síntomas:

Síntomas Cognitivos:

Pensamientos de inutilidad, de minusvalía, rechazo por no ser inteligente; además de impotencia por no contar con los medios necesarios para salir de su situación actual. Además de dificultad para tomar decisiones y para concentrarse e ideas pasivas de muerte recurrentes.

Síntomas Emocionales:

Tristeza permanente, ansiedad, sentimiento de soledad, irritabilidad, así como anhedonia y miedo a establecer relaciones con los demás.

Síntomas Conductuales:

Aislamiento social, llanto fácil, gritos, despreocupación por su arreglo personal, dificultad para hablar en público y autoagresiones (cortadas en las muñecas de las manos).

Síntomas Fisiológicos:

Insomnio, fatiga constante, dolor de cabeza, náuseas, hipertensión arterial y problemas estomacales

Estresores Ambientales:

Los principales estresores en María Teresa son sociales, dados cuando es necesario entablar conversaciones con personas poco «familiares» o realizar actividades académicas con compañeros de la universidad y éstos no manifiestan interés en trabajar con ella, lo que acrecienta la sensación de rechazo, aislamiento e inseguridad en sí misma.

A nivel académico, le preocupa constantemente no estar al “nivel intelectual” de sus compañeros en la universidad donde actualmente estudia. Otro estresor es el afectivo, debido a que a sus 24 años no ha tenido relación de pareja, con el supuesto de que ¿quién se fijará en alguien tan poco atractivo como ella?

7.4 Historia psiquiátrica

A la edad de 23 años se sospecha en María Teresa el Trastorno del Espectro Autista, no obstante, a través de evaluación neuropsicológica, éste se descarta por no cumplir con los criterios diagnósticos establecidos. Además, tiene antecedentes de Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad; retraso en el desarrollo del lenguaje y ecolalia; personalidad premórbida de timidez e introversión. Además en evaluación por neuropsicología destacan síntomas depresivos y ansiosos clínicamente significativos, así como conductas autoagresivas como hacerse cortadas en las muñecas de las manos. Es importante resaltar que la paciente no ha asistido a tratamientos psiquiátrico o psicológico para estas problemáticas.

Refiere la paciente que dos primos suyos han presentado Trastorno Deficitario de Atención con Hiperactividad (TDAH) y su abuela paterna, padece Alzheimer.

7.5 Historia social y personal

María Teresa es la mayor de dos hermanos. Refiere una relación «armoniosa» entre sus padres, si bien ambos son bastante sobreprotectores con ella, dejándola salir solo de día y a lugares cercanos a su residencia.

La relación con su padre es un poco distante, dadas las continuas ausencias por su trabajo (conductor de una tractomula), siendo éste el que provee todos los requerimientos económicos de la paciente. La relación con su madre es ambivalente, ya que si bien ella ha estado pendiente

desde su ingreso al preescolar de los requerimientos académicos de María Teresa, pues según refiere la paciente estaba casi toda la jornada académica para que se pusiera a la par de su compañeros de clase en términos de currículo y presionaba a sus docentes para que “pusiera un alto” a la intimidación escolar a la que era sometida su hija, de igual manera, le exige cumplir con “perfección” los oficios domésticos”, así como sus quehaceres académicos, considerando que todo el sacrificio que ha hecho por su hija, se “tienen que ver recompensados de alguna manera”. Con su hermano, tiene una relación conflictiva, ya que según refiere, este repite el patrón que más la aqueja y es el referido a su aspecto físico y a su “poca capacidad intelectual”, dirigiéndose a ella con insultos como «fea, horrible, tonta».

Tiene como antecedente prenatal, complicaciones en su madre por depresión severa a raíz de la muerte de la mamá de esta y de una hermana, es decir la abuela y tía de María Teresa, respectivamente.

Según reporte de la madre: “Cuando María Teresa tenía 2 años, no emitía ninguna palabra, por lo que consultaron y decidieron ingresarla a la guardería; sin embargo, empezó a presentar ecolalia hasta los 3 años. Posteriormente, consultaron por neuropsicología y fue diagnosticada con TDAH.

A los 3 años ingresó a una institución educativa de educación especial hasta los 7, para posteriormente ingresar a aula abierta hasta sus 18 años.

A la edad de 5 años, María Teresa es víctima de acoso escolar por parte de sus compañeros de preescolar, quienes se dirigían a ella con adjetivos como «fea, gafufa, boba». Posteriormente en la educación básica y secundaria, los «abusos» continuaron con burlas dirigidas a su aspecto físico y a su desempeño académico, llegando incluso al maltrato físico como golpes, tirarle una torta de cumpleaños en la cara y poner en su espalda letreros del tipo: «se vende boba». Cada vez que esto ocurría, ella manifiesta sentirse sola, aislada, inferior, impotente y no «querible» por los demás.

Resalta que la única amiga que tuvo fue en grado noveno, ya que a esta, según María Teresa, le dio lástima al verla tan triste por no tener amigos y por el acoso escolar al que era sometida. Esta relación termina cuando la amiga se gradúa, lo que lleva a la paciente a un estado de suma tristeza y a evidenciar síntomas fisiológicos como dolor de cabeza y a conductas autoagresivas como hacerse cortadas en las muñecas de las manos.

Durante el segundo semestre de la universidad, unos estudiantes la integran en su grupo de amigos y por segunda vez, María Teresa considera que lo hacen sólo por lástima, ya que ella no es digna de estar con ellos.

A sus 24 años no ha tenido pareja, pues considera que ningún hombre va a querer estar con una mujer tan poco interesante, fea e inútil como ella. Además, dice sentirse bastante mal por no tener novio, dado que la mayoría de sus amigas tienen sus parejas afectivas. Al preguntarle el motivo de no tener pareja, ella manifiesta que a una mujer tan “fea, inútil y poco interesante” como ella, quién la va a querer si “no sabe conversar de nada”.

Dice tener pocos amigos, ya que no se “cree capaz” de acercarse ni a sus compañeros de universidad ni a sus vecinos, ya que al no tener las habilidades sociales, en términos de iniciar y mantener una conversación en temas de actualidad o académicamente, así como no ser lo suficientemente bonita, hace que constantemente la rechacen.

Si bien obtiene un buen promedio académico en la universidad y tiene algunos amigos, María Teresa, no atribuye estos logros a competencias personales, sino a que inspira lástima tanto en sus profesores como en los que la han abordado queriendo ser sus amigos.

El tiempo libre, lo dedica a estar “metida en internet” chateando con los miembros del grupo musical TBS, del cual es seguidora, lo que le ha generado bastantes inconvenientes, especialmente con su madre.

7.6 Historia médica

María Teresa padece hipertensión arterial, diabetes, hidradenitis axilar supurativa, estrabismo, ptosis palpebral y afecciones de riñón.

Dos procedimientos por quistes en coxis y 2 cirugías visuales.

Está medicada con Piridoxina e Isoniacida, cuyos efectos colaterales podrían ser malestar estomacal y dolor de cabeza, síntomas fisiológicos que constantemente la aquejan.

7.7 Observaciones sobre el estado mental

Durante las entrevistas, María Teresa muestra una postura corporal adecuada, disposición para comunicarse, amable, colaboradora, con poco contacto visual; presenta disprosexia, labilidad afectiva, bradipsiquia; flujo general del lenguaje lento, dudoso y controlado; tono y contenido del discurso con poca productividad, si bien es coherente. Sin alteraciones del funcionamiento sensorial y motor.

Funcionamiento emocional que fluctúa entre la tristeza, la irritabilidad y la ansiedad, no obstante con correspondencia entre los afectos y el discurso.

Sus creencias y expectativas sobre el proceso terapéutico son apropiadas y realistas y tiene consciencia sobre su problemática y las posibles soluciones.

7.8 Proceso de evaluación clínica

El proceso de evaluación se realizó a través de entrevista clínica, estructurada y semiestructurada; además de la observación directa y de la utilización de las pruebas que se describen a continuación con sus respectivos resultados:

BDI - II. Puntuación directa 29, depresión moderada.

BAI- II (Inventario de Ansiedad de Beck) 24, ansiedad moderada

YSQ L2. Donde puntúo alto en esquemas como, abandono (72), desconfianza/abuso (63), y aislamiento social/ alienación (56)

Estos cuestionarios se realizan para confirmar la hipótesis diagnóstica inicial de estados anímicos depresivos e indicios del Trastorno de Personalidad Evitativa, caracterizado por un patrón de inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa

7.9 Diagnóstico del DSM 5

Trastorno de la personalidad evitativa 301.82 (F60.6)

Trastorno depresivo mayor, con episodio único leve, con ansiedad leve 296.21 (F32.0).

8. Formulación del caso

8.1 Precipitantes

A gran escala

Lo que precipita episodios de ansiedad en María Teresa, es la puesta en escena de ciertas actitudes musicales o eventos académicos, en los cuales tiene pensamientos del tipo: «Y si toco mal, y si no me acuerdo de la partitura todos se reirán de mí y verán que soy una inútil y que no sirvo para nada» o “no estoy a la altura de las facultades académicas de mis compañeros de clase”.

Activadores

Cada vez que es necesario realizar actividades académicas con sus compañeros de estudio o salir a compartir actividades extracurriculares con estos, «vienen a su mente» pensamientos referentes a su incompetencia e inutilidad, así como miedo ante la burla y el rechazo. De igual

manera, María Teresa se percibe como una persona que “no sirve para nada y sin ningún atractivo”, cada vez que es necesario realizar tareas que impliquen el acompañamiento de otras personas, generando en ella cogniciones de incompetencia que ocasionan respuestas emocionales y fisiológicas que refuerzan sus temores a interactuar con sus pares y personas del sexo opuesto.

Generando todo lo anterior, respuestas fisiológicas como temblor muscular, náuseas, sudoración y equivocaciones a la hora de la ejecución de las tareas a realizar, así como sentimientos de tristeza, decepción y rabia.

8.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales

Una situación problemática en el caso de María Teresa es cuando se inscribe en una convocatoria para trabajar en un *call center* y sus padres le dicen que ella no es apta para este tipo de trabajo, ante lo cual sus pensamientos son: “Eso lo dicen porque realmente yo soy una estúpida que no sirve para nada y mejor sería que me muriera”. Sus emociones son tristeza, rabia y conductualmente, llora y grita.

Una segunda situación es cuando tiene una exposición de tema académico en la universidad y no la integran en ningún equipo de trabajo, ante lo cual tiene pensamientos automáticos del tipo: “No quieren hacerse conmigo porque no soy inteligente y los haría quedar mal en la exposición”;

sus emociones son tristeza, ansiedad y sentimiento de soledad, realizando los trabajos sola y conductas autolesivas como cortarse las muñecas de las manos.

Una tercera situación es cuando llega tarde a misa, después de que ambos padres la “acosan” casi toda la mañana para llegar a tiempo a este evento, por lo que piensa: “Dios me va a castigar, se va a vengar de mí de alguna manera por llegar tarde a la misa”. “Yo soy tan inútil que no sirvo ni para llegar a tiempo a este tipo de eventos”. Sus emociones son miedo y preocupación por posibles represalias de Dios y su conducta es permanecer en silencio.

Tabla 1

Registro de pensamientos distorsionados

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Se inscribe en una convocatoria para trabajar en un <i>call center</i> y sus padres le dicen que ella no es apta para este tipo de trabajo	Eso lo dicen porque realmente yo soy una estúpida que no sirve para nada y mejor sería que me muriera	Tristeza, rabia	Llora y gritar

<p>Tiene una exposición de tema académico en la universidad y no la integran en ningún equipo de trabajo.</p>	<p>“No quieren hacerse conmigo porque no soy inteligente y los haría quedar mal en la exposición”</p>	<p>Tristeza, ansiedad y sentimiento de soledad.</p>	<p>Realizar los trabajos sola y cortarse las muñecas de las manos.</p>
<p>Llega tarde a misa, después de que ambos padres la “acosan” casi toda la mañana para llegar a tiempo a este evento.</p>	<p>“Dios me va a castigar, se va a vengar de mí de alguna manera por llegar tarde a la misa”. “Yo soy tan inútil que no sirvo ni para llegar a tiempo a este tipo de eventos”.</p>	<p>Miedo y preocupación por posibles represalias de Dios.</p>	<p>Permanecer en silencio.</p>

8.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos

María Teresa crece en un hogar con padres sobreprotectores, madre exigente y crítica en las labores que la paciente debe realizar y padre emocionalmente distante. A una edad temprana

desarrolló la creencia de ser inútil, la cual fue fortaleciéndose por la actitud de sus compañeros de escuela y posteriormente en la secundaria por las constantes burlas, críticas de sus compañeros y profesores, así como por las comparaciones que establecía entre sus familiares más cercanos y compañeras de estudio, a quienes generalmente consideraba más inteligentes.

María Teresa, desarrolló creencias intermedias del tipo: “Debo evitar que me rechacen, “no debo tener conflictos con los demás”, “no debo relacionarme con nadie”. Las actitudes que manifiesta son: “Es horrible ser rechazada por los demás”, es terrible tener conflictos con los otros”, “es horrible relacionarme con los demás”.

En el anterior contexto, los supuestos de María Teresa, se refieren a que no debe tener conflictos con los demás, ya que si tiene conflictos con otras personas, quiere decir que la rechazarán y que no debe relacionarse con nadie para que no noten que es “un desastre”

Por último, sus estrategias están centradas en el aislamiento social, así como en la evitación de conflictos.

Diagrama de conceptualización cognitiva

Nombre de la paciente: María Teresa

Diagnóstico (s):

Trastorno de la personalidad evitativa 301.82 (F60.6)

Trastorno depresivo mayor, con episodio único leve, con ansiedad leve 296.21 (F32.0).

Tabla 2

Diagrama de conceptualización cognitiva

Datos Relevantes de la Infancia
Madre exigente y crítica
Padre emocionalmente distante.
Víctima de acoso escolar
Diagnosticada con:
Trastorno del Espectro Autista y Deficitario de Atención con Hiperactividad.
Retraso en el desarrollo del lenguaje y ecolalia.

|

Creencia Nuclear

“ Soy una inútil”

Reglas/Supuestos/Actitudes,

Reglas:

“Debo evitar que me rechacen”

Supuestos:

“Si me relaciono con los otros, me rechazarán”

“Si no me relaciono con los otros, no me rechazarán”

Actitudes:

“Es horrible ser rechazada por los demás”.

Reglas:

“No debo tener conflictos con los demás”.

Supuestos:

“Si tengo conflictos con los demás me rechazaran”.

“Si no tengo conflictos con los demás me aceptarán”.

Actitudes:

“Es horrible tener conflicto con los demás”.

Reglas:

“No debo relacionarme con nadie”.

Supuestos:

“Si me relaciono con los demás notarán que soy un desastre”.

“Si no me relaciono con los demás no notarán que soy un desastre”.

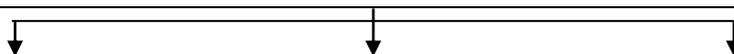
Actitudes:

“Es horrible relacionarme con los demás”

Estrategia(s) compensatoria(s)

Aislamiento social comportamental.

Evitar conflictos



Situación 1

Se inscribe en una convocatoria para trabajar en un *call center* y sus padres le dicen que ella no es apta para este tipo de trabajo

Situación 2

Tiene una exposición de tema académico en la universidad y no la integran en ningún equipo de trabajo.

Situación 3

Llega tarde a misa, después de que ambos padres la “acosan” casi toda la mañana para llegar a tiempo a este evento.

Pensamiento

Automático

Pensamiento

Automático

Pensamiento

Automático

<p>“Eso lo dicen porque realmente yo soy una estúpida que no sirve para nada y mejor sería que me muriera”.</p>	<p>“No quieren hacerse conmigo porque no soy inteligente y los haría quedar mal en la exposición”</p>	<p>“Dios me va a castigar, se va a vengar de mí de alguna manera por llegar tarde a la misa”. “Yo soy tan inútil que no sirvo ni para llegar a tiempo a este tipo de eventos”.</p>
<p>Significado del P.A.</p> <p>“Soy una inútil”</p>	<p>Significado del P.A.</p> <p>“Soy una inútil”</p>	<p>Significado del P.A.</p> <p>“Soy una inútil”</p>
<p>Emoción</p> <p>Tristeza, rabia</p>	<p>Emoción</p> <p>Tristeza, ansiedad y sentimiento de soledad.</p>	<p>Emoción</p> <p>Miedo y preocupación por</p>

		posibles represalias de Dios.
<i>Conducta</i> Llorar y gritar	<i>Conducta</i> Realizar los trabajos sola y cortarse las muñecas de las manos.	<i>Conducta</i> Permanecer en silencio.

8.4 Fortalezas

María Teresa se muestra motivada y comprometida para utilizar las técnicas y procedimientos sugeridos por la psicoterapeuta, con el objetivo de mejorar la imagen que tiene de sí misma, reducir sus conductas evitativas e implementar estrategias para la toma de decisiones de una manera asertiva e independiente.

8.5 Hipótesis de trabajo

La niñez de María Teresa estuvo marcada por unos estilos de crianza donde la madre era sobreprotectora, generalmente pendiente de lo que sucediera en la vida de la paciente y un padre

ausente emocionalmente. Lo que según Según Hudson y Rapee (2000), estaría en la base de del trastorno de personalidad evitativa que ella padece. Estos estilos parentales, unidos a un temperamento tímido e inhibido y a las burlas, humillaciones de su grupo de pares, hacen que se aíse cada vez más de situaciones sociales en el colegio y otros espacios que involucren relaciones interpersonales poco familiares para ella. Esta sensación de aislamiento, unida a su historia familiar, donde su madre y su hermano mayor constantemente dudan de sus capacidades académicas y para realizar labores en casa, así como los acontecimientos en el colegio, generan que ella establezca una creencia negativa de sí misma, al considerarse inútil y que active una serie de supuestos disfuncionales como que si se relaciona con los demás sería rechazada, humillada o ridiculizada, ya que no dispone de habilidades para hacer frente a este tipo de situaciones y que no sabrá dar respuestas socialmente adecuadas.

Por otro lado, ha generalizado que los demás van a ser hostiles y críticos con ella, por lo que ha “evitado” a toda costa y como estrategia de afrontamiento, situaciones donde ella considera que la van a humillar, ridiculizar, rechazar o no va estar a la “altura de las circunstancias” como desempeñarse en el ámbito laboral, actividades académicas, trabajos en el hogar, perpetuando de esta manera, sus creencia de inutilidad. Al respecto es importante resaltar los planteamientos de Clark y Beck (2012): “El trastorno de personalidad por evitación es una forma grave de fobia social generalizada, asociado a una mayor psicopatología e incapacitación funcional” (p 566).

Es así, como su estrategia de evitación, se va configurando en un Trastorno de Personalidad por Evitación, donde a nivel conductual evita las situaciones de evaluación y grupos sociales (Padesky y Beck 2005), dedica gran parte de tiempo y esfuerzo para estar a la par académicamente con sus compañeros de universidad, en aquellas asignaturas complicadas para ella y busca constantemente apoyo profesional para disminuir su malestar emocional.

Las consecuencias son entre otras, baja autoestima, humor disfórico, menos contactos sociales, deterioro del rendimiento social y pocas posibilidades de establecer relaciones de pareja, propiciando en contadas ocasiones, Episodio Depresivo Mayor.

A continuación, se describirán los problemas evidenciados en la paciente con objetivos y estrategias propuestas para abordar cada objetivo.

9. Plan de tratamiento

PROBLEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIA
Depresión	Disminuir sintomatología depresiva (énfasis en la eliminación de conductas	Reestructuración cognitiva (Identificación y modificación de pensamientos automáticos

<p>Ansiedad</p>	<p>lesivas e ideas de muerte).</p> <p>Disminuir sintomatología ansiosa</p>	<p>disfuncionales) (Beck, 2010)</p> <p>Asignación de tareas graduales (Beck, 2010)</p> <p>Activación conductual Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD): Descripción, técnicas y aplicación. <i>Prolepsis, Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León, 5, 27-39.</i></p> <p>Técnica de dominio y agrado (Beck, 2010)</p> <p>Técnicas de relajación (Jacobson, citado en Caballo 2007)</p>
-----------------	--	---

		<p>Tarjetas de apoyo (Beck, 2010)</p> <p>Resolución del problema (Beck, 2010)</p>
Poca autoestima	Aumentar la autoestima	<p>Terapia centrada en esquemas (Young, 2013)</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo 2004).</p>
Conductas de evitación	Disminuir las conductas de evitación	<p>Entrenamiento en Exposición Graduada (Caballo, 1997).</p> <p>Estrategia de apoyo (Beck, 2000)</p> <p>Juego de roles (Beck, 2000)</p> <p>Entrenamiento en relajación</p>

		<p>con o sin desensibilización sistemática.</p> <p>Técnicas de exposición, utilizadas conjuntamente con uno o varios de los procedimientos anteriores. - (Caballo 2004).</p>
Aislamiento social	Disminuir conductas de aislamiento social	<p>Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo 2004).</p> <p>Reestructuración cognitiva para contrarrestar la autocrítica, las previsiones negativas, los supuestos disfuncionales sobre las relaciones interpersonales y la</p>

		<p>evaluación incorrecta acerca de las reacciones de los demás (Beck, et. al., 2005)</p>
<p>Creencia de inutilidad.</p>	<p>Disminuir creencia de inutilidad</p>	<p>Reestructuración de las distorsiones cognitivas, (Beck, 2000).</p> <p>Predicción de experiencias positivas (Beck, et. al., 2005, p. 353); el ensayo visualizado de nuevas conductas (Beck, et., al.,2005); continuum cognitivo, para la modificación de la creencia (Beck, 2000,)</p> <p>Terapia centrada en esquemas (Young, 2013).</p>

		Técnicas de exposición, (Caballo 2004).
--	--	--

El plan de tratamiento se centró inicialmente en disminuir los síntomas depresivos y ansiosos de María Teresa.

Se instruye a la paciente sobre el trastorno depresivo y los elementos del modelo cognitivo; el papel de los pensamientos automáticos sobre las emociones y la conducta. Además, se brindan algunas herramientas para el cuestionamiento de estos pensamientos y para verificar su efecto en el estado de ánimo y en las conductas. A continuación, se implementa la estrategia de activación conductual (Barraca, 2010) para disminuir los síntomas depresivos.

Paralelamente, se realiza entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, resolución de problemas (Beck, 2010), técnicas de exposición y transversalmente a todo el proceso, actividades de relajación y exposición graduada (Caballo 2004). De igual manera se hace énfasis en la disminución de la hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

Específicamente para la Ansiedad, se realiza entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson (Caballo, 1997, p. 41.); se identifican y se ponen a prueba pensamientos disfuncionales sobre la relación terapéutica durante la terapia, con el fin de construir una relación colaborativa (Beck, et. al., 2005, p. 343); se propone auto-registros, con el objetivo de observar distintas situaciones sociales de manera objetiva. (Caballo, 2004, p. 552) y se plantean estrategias de primer nivel para la modificación cognitiva (Caballo, 2004, p. 554-556). La meta en esta parte del tratamiento, consiste en establecer los fundamentos para un trabajo de más profundidad a nivel cognitivo, con el fin de centrarse en situaciones específicas, como la exposición a situaciones que generen temor en la paciente (Caballo, 2004, p. 558-560), así como el entrenamiento en el ensayo de conductas para aumentar la confianza en sí misma (Caballo, 2004, p. 560-562). En estrategias de segundo nivel, se hace modificación cognitiva, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento de base emocional, elementos que generalmente están presentes en pacientes con evitación (Caballo, 2004, p. 562-564). Con estrategias de tercer nivel, se debaten los aspectos interpersonales que subyacen a la conducta social ineficaz como las creencias nucleares que contribuyen a su sentimiento de poca valía. (Caballo, 2004, p. 564 y 565).

En lo referente a la disminución de las conductas de evitación, se emplean estrategias como Exposición Graduada (Caballo, 1997, p. 63-65); adiestramiento en el Experimento Conductual y de apoyo (Beck, 2000, p. 240-242(Beck, 2000, p. 259-260); entrenamiento en la resolución de

problemas (Beck, 2000, p. 235-237); aprendizaje en la elaboración de un listado de afirmaciones personales (Beck, 2000, p. 271-272) y dramatizaciones para aprender a participar en clase, entablar diálogo con estudiantes, profesores, jóvenes del sexo opuesto y con su grupo de pares (juego de roles) (Beck, 2000, p. 262-265).

Para disminuir el aislamiento social, se promueve el desarrollo de habilidades (Caballo, 1997, p. 66-70), a través de ejercicios para respuestas más afirmativas en situaciones sociales donde la paciente se vea involucrada (Caballo, 1997, p.72); entrenamiento en distintas técnicas asertivas (Documento “Entrenamiento Asertivo” de Ana María Arias Zuleta); identificar y combatir los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes y de esta manera contrarrestar la autocrítica, las anticipaciones negativas, los supuestos disfuncionales sobre las relaciones interpersonales y la evaluación incorrecta acerca de las reacciones de los demás (Beck, et. al., 2005, p. 346).

Transversal a todo el plan de tratamiento y posterior a la disminución de los síntomas depresivos, de ansiedad y al entrenamiento en habilidades sociales, se emplean técnicas experienciales, comportamentales, cognitivas y terapia centrada en esquemas para la modificación de sus creencias, tanto intermedias como la nuclear de inutilidad.

Para lo anterior, se acude al diálogo socrático y el análisis de las evidencias a favor y en contra (Beck, 2010), a la reestructuración de las distorsiones cognitivas (Beck, 2000); además, se sugieren ejercicios para aumentar su autoestima, se entrena en la utilización del cuaderno de predicción de experiencias positivas (Beck, et. al., 2005, p. 353) y se emplean técnicas de exposición, (Caballo 2004), así como algunas técnicas de la terapia centrada en esquemas (Young, 2013).

9.1 Relación terapéutica:

En términos generales, la paciente asiste a las citas puntualmente, es colaboradora, cordial, respetuosa y realiza a cabalidad las actividades propuestas. La relación terapéutica se fundamentó en la generación de un vínculo terapéutico que dinamizó el proceso y en el trabajo colaborativo, así como en el interés por solucionar los problemas que presentaba María Teresa, proceso que además fue facilitado por la adherencia al tratamiento y por la creencia del profesionalismo de la terapeuta para la solución de sus problemas.

9.2 Intervenciones/Procedimientos

En el primer momento de la terapia se explica a la paciente en qué consiste el modelo cognitivo y como en éste prima el impacto que tienen los pensamientos automáticos

disfuncionales. En este orden de ideas, se instruye sobre el trastorno depresivo y los elementos del modelo cognitivo; el papel de los pensamientos automáticos sobre las emociones y la conducta. Además, se brindan algunas herramientas para el cuestionamiento de estos pensamientos y para verificar su efecto en el estado de ánimo y en las conductas, así como la estrategia de activación conductual para disminuir los síntomas depresivos.

Paralelamente, se realiza entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, resolución de problemas, técnicas de exposición y actividades de relajación y exposición graduada.

En lo referente a la disminución de las conductas de evitación, se emplean estrategias como exposición graduada, entrenamiento en la resolución de problemas y dramatizaciones para aprender a participar en clase, entablar diálogo con estudiantes, profesores, jóvenes del sexo opuesto y con su grupo de pares (juego de roles).

Para disminuir el aislamiento social, se implementan estrategias para el desarrollo de habilidades, a través de ejercicios para respuestas más afirmativas en situaciones sociales donde la paciente se vea involucrada, así como el entrenamiento en técnicas asertivas.

En una etapa intermedia del tratamiento, se entrena a María Teresa en el ensayo de conductas para impulsar la confianza en sí misma y aumentar la probabilidad de participación en situaciones sociales, en la medida que experimente las consecuencias positivas de las mismas. Dicho

procedimiento consiste en generar una identificación de las situaciones problema y que las represente a la terapeuta de una manera más espontánea.

Posteriormente, se introduce el ensayo de conducta de manera práctica, como una parte cotidiana de la sesión de tratamiento, sin preparaciones elaboradas o puestas en escena.

La propuesta es que se inicie un dialogo sobre alguna situación social que le ha generado ansiedad y se le invite a representarla de la siguiente manera:

“Representemos exactamente lo que dirías y harías y luego evaluamos como lo hiciste”.

Posterior a la representación, la paciente analiza su comportamiento y dado que no estuvo satisfecha con este, se le pregunta: “¿Qué te gustaría hacer de forma diferente la próxima vez?” y se le invita a preguntarse lo mismo en varias ocasiones, hasta lograr una respuesta más asertiva que las anteriores. Así, con el ensayo de conducta se aumenta en la paciente la confianza en sí misma, comportándose más funcionalmente en situaciones reales.

Para la comprensión por parte de la paciente, de lo que configura el trastorno de personalidad evitativa, se muestra que las personas con este trastorno, evitan actividades que impliquen contacto interpersonal, por el temor a ser criticados o rechazados o que la gente los desaprobará y que tienen reservas en las relaciones personales porque temen al ridículo o la humillación. Además, que se inhiben de las nuevas situaciones sociales porque se sienten inadecuados; tienen una visión de sí mismos como socialmente incompetentes y que en su caso en particular,

esto se ve reflejado en lo poco atractiva que se considera, en su “inferioridad” respecto a los demás, lo que la lleva a no asumir riesgos personales o a participar en cualquier actividad nueva para no sentir “vergüenza” (como ella lo define).

Lo anterior, permitió que María Teresa comprendiera que el concepto que tiene de sí como una persona inútil, hace que su amor propio, dependa en gran medida, de la aprobación de los demás, presentando temor a cometer errores que la dejen en ridículo. De ahí, la capacidad que considera tener para interpretar las intenciones y sentimientos de los demás cuando por algún motivo, se encuentra en situaciones sociales, lo que hace que se sienta preocupada por la crítica y el rechazo (Caballo, 2004).

9.3 Obstáculos:

No se evidencian obstáculos sobresalientes para el desarrollo normal de la psicoterapia. No obstante, se realizaron esfuerzos e intervenciones matizadas de creatividad por parte de la terapeuta para contrarrestar las ideas intermedias y la creencia nuclear, de las cuales María Teresa estaba totalmente convencida y para constituir un nuevo sistema de creencias más funcionales, que le permitan enfrentar las situaciones de frustración y de rechazo de manera más adaptativa.

9.4 Resultados

Durante el proceso terapéutico, las ideas de muerte y el estado depresivo en María Teresa, se redujeron progresivamente. Con el fortalecimiento de su autoestima, disminuye su ansiedad ante las relaciones sociales, se atribuye capacidades para entablar y conservar relaciones sociales, reconocer los logros académicos y de su talento para interpretar instrumentos musicales.

Con la adquisición de mayor control de sus pensamientos y de sus emociones, disminuyen sus síntomas depresivos, de ansiedad, conductas de evitación y se desarrollan habilidades sociales como la asertividad. De igual manera, ha identificado su creencia nuclear y continúa trabajando en la reestructuración y modificación de ésta, además de las destrezas para el enfrentamiento y solución de problemas, dadas las técnicas de intervención cognitivo conductuales empleadas con ella.

10. Descripción de las sesiones

A continuación, se presentarán algunas descripciones de 5 sesiones correspondientes al proceso terapéutico. Se comenzará en la sesión número 1 y se terminará en la sesión seis.

10.1 Sesión número 1

Objetivo: Registrar la información sobre la historia personal y social de María Teresa, tendiente a la orientación en el diagnóstico y el plan de tratamiento.

En la primera sesión es acompañado por la madre, quien no ingresa a la sesión.

Durante la consulta, María Teresa presenta una postura corporal adecuada, disposición para comunicarse, amable, colaboradora, con poco contacto visual; evidencia disprosexia, labilidad afectiva, bradipsiquia; flujo general del lenguaje lento, dudoso y controlado; tono y contenido del discurso con poca productividad, si bien es coherente. Sin alteraciones del funcionamiento sensorial y motor.

El funcionamiento emocional fluctúa entre la tristeza, la irritabilidad y la ansiedad, no obstante con correspondencia entre los afectos y el discurso.

Sus creencias y expectativas sobre el proceso terapéutico son apropiadas y realistas y tiene algunos conocimientos sobre su problemática y las posibles soluciones.

Se inicia la entrevista preguntando a la paciente datos personales como edad, fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, composición familiar. Se indaga además, sobre aspectos sobresalientes en las áreas personal, familiar, social, afectiva, académica; enfermedades que ha padecido, antecedentes patológicos familiares; metas, intereses y sus expectativas frente al proceso, entre otras áreas de interés para el proceso terapéutico.

Al indagar sobre su motivo de consulta, ella manifiesta que es remitida por neuropsicología, ya que presenta sintomatología depresiva y ansiosa clínicamente significativa, así como dificultades para establecer relaciones interpersonales. Comenta además, que en los últimos días se ha sentido muy mal por el sentimiento de soledad que la acompaña constantemente y porque se cree una persona inútil que la gente rechaza.

La paciente relata además, sentir un poco de malestar, pues a sus 24 años de edad no tiene una relación afectiva, por lo que ella considera, se debe a que es poco atractiva e interesante para el sexo opuesto.

En el transcurso de la sesión, María Teresa, dice que la aquejan síntomas cognitivos de inutilidad, minusvalía, rechazo, dificultad para tomar decisiones e ideas de muerte recurrentes. Además de síntomas emocionales como tristeza, ansiedad, soledad e irritabilidad, así como llanto fácil, aislamiento social y autoagresiones como cortadas de las muñecas de las manos. Sus síntomas fisiológicos son dolor de cabeza, náuseas y problemas estomacales.

De igual manera, comenta que durante su niñez y adolescencia ha sido inhibida y tímida y que generalmente se aislaba cuando sus compañeros de escuela y colegio querían acercarse a ella o era necesario participar en actividades grupales o exponer algún tema en clase; situación que persiste en la universidad donde adelanta sus estudios de licenciatura en inglés. A partir de este comentario, se explora los aspectos relativos a la historia personal y a las circunstancias de la vida actual de la persona (Russo, et. al., 2015).

Luego de indagar sobre hechos importantes de su historia personal, se consideran algunos elementos a resaltar en la conceptualización de su caso. Es así como se le explica que a partir de un ambiente familiar caracterizado por un padre proveedor y ausente emocionalmente y una madre controladora y sobreprotectora, unido al sentimiento de aislamiento, hace que ella establezca una creencia negativa de sí misma, al sentirse inútil y poco digna de ser amada. Teniendo en cuenta que la paciente manifiesta frecuentes ideas pasivas de muerte, se realiza la evaluación pertinente, dando como resultado que el riesgo suicida es bajo y se procede a la

reestructuración cognitiva con respecto a éste tipo de ideación. Además, se emplea para contrarrestar estas ideas recurrentes, la técnica de resolución de conflictos (Beck, 2010), técnica que generalmente se utiliza para disminuir el malestar ante las relaciones interpersonales y cuando se siente rechazada o inútil.

En la última parte de la sesión, se establecen las expectativas de María Teresa con respecto al proceso terapéutico, explicándole que se trabajará en los síntomas al momento de la consulta, así como cuál será el tratamiento estipulado, la duración de este y los objetivos propuestos para cada encuentro. De igual manera, se explora sobre sus sentimientos con respecto al desarrollo de la sesión y su motivación para continuar con la terapia; se comenta sobre la importancia del empirismo colaborativo y se expone en que consiste el modelo de terapia cognitiva.

10.2 Sesión número 2

Objetivos: Instruir a la paciente en su problemática depresiva y ansiosa.

Disminuir síntomas ansiosos y depresivos.

María Teresa, evidencia en la consulta una postura corporal adecuada, disposición para comunicarse, es amable, colaboradora, evidencia poco contacto visual; presenta disprosexia, labilidad afectiva, bradipsiquia.

Se hace una breve revisión de la sesión anterior y estableciendo la agenda de trabajo para la presente. A continuación, se aplica el test BDI-II de Beck, obteniendo una puntuación de 29 (depresión moderada).

María Teresa describe que sus sentimientos de soledad e inutilidad, así como el aislamiento al que se somete por sus anticipaciones de rechazo y humillación, le generan ideas de muerte, estados anímicos depresivos, ansiedad social y por ende, conductas de evitación.

En esta parte de la sesión, se informa a la paciente acerca de las características de los trastornos que la aquejan, principalmente, los relacionados con la depresión y la ansiedad: sus factores desencadenantes y de mantenimiento, así como las distintas fases y estrategias terapéuticas para confrontar los síntomas que se presentan.

Se prosigue al empleo de estrategias para suprimir las ideas de muerte, las que se presentan cada que tiene crisis por algún evento donde se cuestiona por su valía personal o por el rechazo, al que según ella, se ve sometida constantemente. Se utiliza en esta parte algunas técnicas

cognitivas para el tratamiento de la depresión (Beck, 2010), como someter los pensamientos a prueba de realidad (evaluarlos, preguntándose por su fundamento real, examinar su validez o su tipo de distorsión, buscar evidencias a favor y en contra), técnicas de reatribución (fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias), revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos y búsqueda de interpretaciones alternativas. Es así, como se le pide escribir en una hoja sus capacidades y habilidades, luego se le explica lo importante que es potenciar otros pensamientos sobre sí misma con una visión más acorde a la realidad.

Para finalizar la sesión, se recapitula sobre lo que es la depresión y aspectos relacionados con los síntomas ansiosos que presenta y las estrategias alternativas para las ideas de muerte. Se entrena para elaborar el formato de registro de pensamientos automáticos disfuncionales, como herramienta de aprendizaje sobre sus estados de ánimo, en este caso, los depresivos.

En la tarea para la casa, se asigna realizar registros de pensamiento disfuncional cada vez que sienta una emoción negativa intensa.

10.3 Sesión número 3

Objetivo: Revisar ideas de muerte, estado depresivo, fomentar estrategias y tareas para la disminución de las mismas.

La paciente se presenta ubicada en sus tres esferas, presenta una postura corporal adecuada, disposición para comunicarse, amable, colaboradora con un lenguaje fluido.

Se inicia la sesión, preguntándole por las tareas asignadas para la casa, a lo que ella responde afirmativamente, enseñando a cabalidad los ejercicios planteados y a lo cual se hacen las devoluciones correspondientes. Se presenta la agenda a trabajar y a la pregunta si quiere ingresar otro tema, ella responde que no. A continuación, se realiza control del estado de ánimo, por medio de la escala de 0 a 10, (siendo 10 una representación de un estado depresivo y 0 estado eufórico), así que responde con una evaluación de 8 para su estado anímico, tristeza, soledad, aislamiento y creencia de inutilidad).

Posteriormente, se retoman los registros de pensamiento automático realizados entre las sesiones. Se hace reestructuración cognitiva, teniendo en cuenta que los pensamientos predominantes fueron acerca de su inutilidad y de lo poco “eficiente” que es a la hora de entablar

relaciones sociales, Pensamientos que a su vez, generan estados depresivos al crearle cierta desesperanza con respecto a sí misma, a los demás y a las pocas posibilidades que esto cambie, por lo menos a mediano plazo. Se realiza por lo tanto, el debate de esos pensamientos y se realiza psicoeducación de las principales distorsiones cognitivas (Beck, 2000) y se ubicaban los pensamientos en concordancia con sus respectivas distorsiones cognitivas.

Con respecto a las distorsiones que presenta en sus relaciones sociales, se procede a abordar sus temores para iniciar conversaciones, participar en ellas o realizar trabajos con sus compañeros de estudio, se propone realizar, con pensamientos anticipatorios de tipo: “Me van a rechazar porque no soy interesante o bonita o “no querrán hacer sus trabajos conmigo, pues soy una inútil que no sirve para nada”. Se realiza entonces, el debate de dichos pensamientos, además de psicoeducación sus reproches, pues hacen parte de sus estrategias comportamentales ineficaces para evitar relacionarse y se hace una gama de respuestas alternativas para contrarrestar dichas estrategias de afrontamiento.

Además se le pide a la paciente, elaborar una lista de actividades potencialmente agradables (Beck 2010) y que establezca prioridades entre todas las actividades escritas, hasta llegar a una o dos. María Teresa disfruta compartir con el club de fans del grupo musical TBS; así que se le invita a participar en el mayor número de actividades propuestas en este grupo. De igual manera,

se le asigna organizar un horario o programación de tareas diarias y semanales (Beck, 2010), continuando al mismo tiempo con los registros de pensamientos disfuncionales.

Finalmente, se retoman los ejercicios de relajación (Jacobson, 1929, citado en Caballo, 2007) que consiste en contraer y relajar según las indicaciones grupos musculares, para llegar a una relajación mental, dicho ejercicio se realiza con el objetivo de disminuir su ansiedad y se asignan ejercicios prácticos para su casa sobre cómo realizar respuestas comportamentales alternativas frente a las distorsiones cognitivas que se presenten durante la semana. También se le pide agregar al registro de pensamientos automáticos disfuncionales, su correspondiente distorsión cognitiva y realizar los ejercicios de relajación en su casa.

10.4 Sesión No.4

Objetivo: Continuar instrucción a la paciente sobre el trastorno de personalidad evitativa y ansiedad social

María Teresa se presenta puntualmente, colaboradora y comprometida por el proceso; ubicada espacial y temporalmente, estado de ánimo depresivo y afecto ansioso.

Se inicia la sesión haciendo una recapitulación del encuentro anterior y proponiendo la agenda de trabajo con sus respectivos objetivos.

A continuación, se revisan los autorregistros de pensamientos realizados por ella durante el transcurso de la semana, en los cuales prevalecen pensamientos de inutilidad y sentimiento de soledad, además de distorsiones cognitivas de minimización al suponer que no vale nada; sobregeneralización, ya que según ella todo lo hace mal y nada le sale bien.

A través del trabajo con los autorregistros, se entrena a la paciente para que a partir de la confrontación e identificación de sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, los ponga a prueba mediante la técnica del diálogo socrático.

Debido a la comorbilidad entre la ansiedad social y el trastorno de personalidad por evitación, se realiza la lista de chequeo sobre los distintos síntomas que en el DSM-5 se refieren al trastorno evitativo, comprobándose que, efectivamente los síntomas aplican para para la paciente. Por tanto, se logra confirmar los objetivos terapéuticos iniciales y se añaden algunos definidos conjuntamente con ella.

Posteriormente, se abordó la dificultad de María Teresa para desenvolverse asertivamente en contextos sociales. A través de la presentación de documentos y ejercicios explicativos sobre los componentes de las habilidades sociales, se entrena a la paciente, con los elementos del ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/refuerzo y las tareas para casa. (Caballo, 1997). A continuación, se le presentan los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales más importantes para la conducta de quienes son socialmente habilidosos, estableciéndose de esta manera, las bases para los comportamientos asertivos.

Para el abordaje de la ansiedad en sus relaciones sociales, se emplean métodos de relajación con o sin desensibilización sistemática, utilizada para disminuir la ansiedad asociada con los encuentros sociales problemáticos (Caballo, 1997) y se revisó si había tomado algunas iniciativas durante la semana para entablar algún tipo de relación de esta índole, a lo que la paciente responde que no, ya que se “cree incapaz de aceptar que la rechacen o la ridiculicen”. En esta parte, para contrarrestar los supuestos de María Teresa, se emplea el juego de roles para que se adiestre en situaciones como participar en clase, entablar diálogo con grupo de pares, personas del sexo opuesto y profesores.

Por último, se deja como tareas los registros de pensamientos disfuncionales con distorsiones cognitivas, realizar ejercicios de relajación por lo menos cinco veces a la semana, así como los ejercicios explicados en la sesión para el desarrollo de las habilidades sociales.

10.5 Sesión número 5

Objetivo: Continuar con la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos.

María Teresa asiste a la sesión con mejoras notables en su aspecto personal, con disposición para comunicarse, amable, colaboradora, con poco contacto visual; presenta disprosexia, flujo general del lenguaje lento, dudoso y controlado. Sin alteraciones del funcionamiento sensorial y motor.

A la pregunta si tiene algún tema para incluir en la agenda de la sesión, responde que no.

Se realiza actualización subjetiva de su estado de ánimo por medio de la escala de 0 a 10 (10 representa un estado depresivo y 0 estado eutímico), puntuando 7, es decir, tristeza, soledad, aislamiento y creencia de inutilidad. A continuación se revisan los registros de pensamientos automáticos, dentro de los que predominan los de inutilidad y desamparo, además de las siguientes distorsiones cognitivas: filtraje, etiquetaje, sobre generalización y minimización.

Conjuntamente se revisó la ejecución de los ejercicios explicativos sobre lo que constituye las habilidades sociales y se realiza una corta exposición sobre el fomento de la autoestima y la relación de esta con la asertividad (Caballo, 1997). Posteriormente, se realiza un ejercicio de relajación progresiva de Jacobson, sugiriéndole que la realice en casa de forma regular, especialmente en los momentos que sienta ansiedad o temor a la hora de entablar relaciones sociales.

Además, se revisó la ejecución del horario o programación de tareas semanal que se le han venido sugiriendo en las últimas sesiones.

María teresa, manifiesta que si bien ha tenido más confianza y seguridad en sí misma a partir de los ejercicios propuestos para tal fin, no se “arriesga” a iniciar ningún tipo de contacto con personas, especialmente del sexo opuesto, pues según manifiesta lo único que lograría es el “rechazo o la ridiculización” si lo intenta. Ante esta situación, se enseñan algunas habilidades de afrontamiento, por medio de las cuales, puede disponer respuestas cognitivas y conductuales de anticipación a las situaciones problema (Caballo. 1998).

Finalmente, se hizo un juego de roles donde se recapitula lo ilustrado, en una situación concreta expuesta por la paciente en la sesión anterior.

La consulta concluye con la asignación de ejercicios, donde se evidencie la evitación, registre los pensamientos con su respectivo debate socrático y continuar con el ejercicio de relajación.

11. Análisis del caso

El presente análisis se realizó a partir de la evaluación y diagnóstico del trastorno evitativo de la personalidad, con presencia de trastorno depresivo mayor y la explicación de dicha comorbilidad a la luz de la teoría e investigaciones actuales.

La paciente llega a consulta con dificultades para establecer relaciones interpersonales. Comenta que últimamente se ha sentido «terriblemente mal por estar sola, por ser una inútil y porque la gente la rechaza.»

Beck, Freeman, Davis y otros, afirman: “La gente con TPE puede presentarse en terapia con un cuadro inicial de depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del sueño o quejas relacionadas con el estrés, entre las que se pueden incluir trastornos psicofisiológicos” (Beck, Freeman, Davis y otros, 2005 p. 331). Lo anterior, es lo que se evidencia en el presente estudio de caso; María Teresa llega a consulta con algunos síntomas depresivos ante las constantes decepciones en sus relaciones interpersonales y su sensación de inutilidad. Así que la formulación del caso permitió llegar al trastorno de personalidad por evitación y su comorbilidad con la depresión.

Teniendo en cuenta sus síntomas cognitivos iniciales como pensamientos de inutilidad, de minusvalía, rechazo, de impotencia y dificultad para tomar decisiones; síntomas emocionales como tristeza permanente, ansiedad en situaciones poco familiares para ella, soledad, por no tener una pareja afectiva; síntomas conductuales de dificultad para relacionarse, llanto fácil, gritos, aislamiento social, dificultad para hablar en público y autoagresiones (cortadas en las muñecas de las manos) y síntomas fisiológicos como dolor de cabeza, náuseas, hipertensión arterial y problemas estomacales, hacían sospechar a la terapeuta de un diagnóstico de ansiedad comorbilidad con depresión.

Por lo anterior y a través de la evaluación clínica de los mencionados síntomas, se establece una hipótesis inicial de trastorno de personalidad evitativa (APA, 2014), con evidente sintomatología depresiva y ansiosa. Se evaluaron los síntomas depresivos con los que llegó la paciente a partir de los criterios planteados en el DSM-5 para episodio de depresión mayor, aspecto que permitió comprobar que había correspondencia.

Se considera el trastorno de personalidad evitativa, debido a que presentaba disfuncionalidad en diversas áreas de su vida incluida la académica, familiar, laboral y personal. Se realizó diagnóstico diferencial entre el trastorno de personalidad dependiente (TPD) y evitativa. Se comenzó evaluando los criterios diagnósticos del TPD y se llega a la conclusión de que, si bien

en el dependiente existe patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de estar con otro, en la paciente se evidencia esta necesidad desde una dependencia de tipo afectiva más que instrumental. Dada la alta comorbilidad que puede presentarse entre el TEP y el TPD los teóricos de la personalidad y los clínicos, coinciden en que la dependencia interpersonal juega un papel relevante en ambos trastornos.

En lo referente al debate sobre si la Fobia Social Generalizada y el TPE deben considerarse entidades clínicas independientes o por el contrario se trata del mismo trastorno, lo concluyente es que la psicopatología general en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia circunscrita, la más leve, donde el miedo es una o dos situaciones sociales, hasta el TPE, el más grave, donde están implicadas la mayoría de las situaciones sociales y cuyo inicio se remonta temprano en el tiempo (Caballo, 1995). Las diferencias, al parecer, se basan en que el TPE comienza a una edad más temprana y produce un mayor deterioro en la vida del individuo. Sin embargo, algunos autores como Caballo (2004), proponen la *Hipótesis del continuo de gravedad*, según la cual, tanto TPE como la fobia social serían dos conceptualizaciones del mismo trastorno, encontrándose la FS en el extremo más leve del continuum y el TPE, en el extremo más grave e incapacitante. Además, el modo de ser evitativo tiene patrones más globales de comportamiento, ya que incluye sentimientos de incapacidad, inferioridad e ineptitud y un miedo general a asumir riesgos y a la novedad (Skodol, 2007), teniendo el TEP un malestar más generalizado, mayores

niveles de ansiedad, depresión y mayor sensibilidad interpersonal y evitación social (Holt, Heimberg & Hope, 1992).

Por lo tanto, se hace la revisión correspondiente de las características y criterios propios del TEP, acogiendo en primera instancia a un diagnóstico categorial (APA, 2014), donde se encontró que cumplía con la totalidad de criterios establecidos para el trastorno evitativo de la personalidad como evitar las actividades laborales que implican un contacto interpersonal, poca disponibilidad a establecer relación con los demás, a no ser que esté segura de ser apreciada, retraimiento en las relaciones estrechas porque teme que la avergüencen o ridiculicen, preocupación por ser criticada o rechazada en situaciones sociales, inhibición en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación, se ve a sí misma como socialmente inepta, con poco atractivo personal o inferior a los demás y se muestra extremadamente reacia a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas (APA, 2014 p. 672).

Desde el modelo alternativo dimensional del DSM-5 propuesto por la APA (2014), de igual manera, la paciente cumple con las características típicas del Trastorno de la personalidad evitativa, las cuales son: elusión de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales asociadas a sentimientos de ineptitud e incapacidad, una preocupación ansiosa

por la evaluación negativa y el rechazo, y el temor a la burla o la vergüenza. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad.

Las comorbilidades más frecuentes del Trastorno de Personalidad Evitativa, son con la ansiedad generalizada y la fobia social (Millon & Davis, 2001, Alden, Laposa, Taylor y Ryder, 2002), en este rango se encuentran también manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo y los ataques de pánico (Alden, Laposa, Taylor y Ryder, 2002), siendo estos problemas uno de los motivos por los que las personas acuden a terapia (Beck, 2005). Los síntomas físicos también suelen ser frecuentes, los problemas neuromusculares y del aparato digestivo, la tensión constante y las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad (Caballo, 2004), sin explicación médica alguna. Sintomatología que en su totalidad, presenta María Teresa.

En lo que respecta a la comorbilidad con Depresión y el espectro depresivo, varios estudios ubican al TPE como uno de los más superpuestos con las depresiones, en especial con el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Se plantean algunas explicaciones clínicas para esta comorbilidad, como podría ser que el TPE anticipa el deterioro social en pacientes con trastorno depresivo mayor. De esta manera, a partir de la historia social y el aislamiento que son patognomónicos del TPE se incrementan la vulnerabilidad de la depresión de la paciente (De Ronchi y cols., 2000).

La conceptualización e intervención del presente estudio de caso, se realiza desde la terapia cognitiva-conductual.

Teniendo en cuenta el marco anterior, se observa en María Teresa, vulnerabilidad cognitiva consistente en las creencias consistentes en lo “horrible de relacionarse, ser rechazada por los demás, tener conflictos con los otros y quedarse sola”. Es así como esta menciona dos eventos que la llevan a una crisis, la cual hace que pida “ayuda” terapéutica: la imposibilidad de realizar trabajo grupales en la Universidad, inseguridad a la hora ejecutar habilidades que ya tenía introyectadas, así como el hecho de ser rechazada a la hora de involucrarse en relaciones sociales. Situaciones que la aquejan notoriamente, ya que supone que siempre estará sola, su alta vulnerabilidad al rechazo y que por lo tanto no debe relacionarse con los demás. Lo anterior, desencadena en un esquema de inutilidad, que desde temprana edad la vulneran al trastorno por evitación.

El trastorno evitativo de la personalidad a su vez, propicia un trastorno depresivo no especificado. De acuerdo a lo señalado en el marco conceptual de referencia, un TEP preexistente puede generar, con una alta probabilidad un trastorno depresivo (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky y Zirrel, 1993), lo que ocurre, evidentemente en María Teresa. Por lo tanto, el tratamiento inicia con la disminución del cuadro depresivo, dada la urgencia de restablecer en la paciente, el estado de ánimo y se profundiza en las creencias que se considera, la vulneran a considerarse inútil y poco digna de ser amada. Este punto crítico de la terapia, se aborda,

confrontando las creencias disfuncionales, permitiendo que se relacione con su entorno de forma más asertiva.

12. Conclusiones y discusión

La conceptualización del presente caso clínico se sustentan en el modelo cognitivo, en el cual es de suma importancia la comprensión de los predisponentes o la vulnerabilidad, en este caso para el TEP en comorbilidad con depresión, así como en la formulación cognitiva, es decir, las creencias centrales, intermedias, las estrategias de afrontamiento, los detonantes, los pensamientos automáticos disfuncionales y las emociones, reacciones fisiológicas, conductas que estos generan; para comprender de esta manera, el origen de los trastornos y proporcionar a la paciente, herramientas para el manejo de estos. Durante las primeras sesiones, se confirma el diagnóstico de TEP, acompañado de depresión mayor, con fuerte afectación del autoconcepto y de la autoestima.

Se concluye entonces, la elevada comorbilidad entre el trastorno de personalidad evitativa y depresión (Beck, 2005; Alden, Mellings y Rydero, 2004, Huppert, Strunk, Roth, Davidson y Foa, 2008, Alden, Laposá, Taylor y Ryder, 2002).

Por otro lado, la similitud entre ansiedad social y el TPE, dificulta en el ámbito clínico el diagnóstico, y en consecuencia su tratamiento y pronóstico (Caballo, 1995). Por lo que se estudió las características psicopatológicas de ambos y de esta manera, clarificar el diagnóstico de trastorno de personalidad evitativa y la ansiedad social y los elementos que aproximan y

diferencian ambas patologías (Holt, Heimberg & Hope, 1992), realizando un plan de tratamiento acorde a las necesidades específicas del caso aquí expuesto.

A partir de modelos teóricos y terapéuticos del enfoque cognitivo conductual de Aaron Beck, Marsha Linehan, Jeffrey Young, entre otros, se profundiza en la comprensión de los trastornos evitativos de la personalidad y depresión mayor. Dichos aportes, de suma importancia para el proceso terapéutico, ya permiten disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, al igual que la autoafirmación de la paciente, fomentando una comunicación asertiva, aumentar la tolerancia al malestar y fortalecer el vínculo durante la terapia.

A partir de intervenciones y protocolos basados en la evidencia, como los planteados por Caballo (2004), Liebowitz y Heimberg (1997), Beck y Freeman (2005), se abordan ambos trastornos: personalidad evitativa y depresión, concluyendo que la Terapia Cognitiva conductual, acompañada de estrategias como la activación conductual y la terapia centrada en esquemas, son bastante eficaces a la hora de abordar las problemáticas específicas de la paciente del presente caso clínico.

Estrategias de intervención a partir de los postulados de Beck (2004), Barraca, J (2010), Jacobson (citado en Caballo 2007), Young (2013), Caballo (2004), como son el descubrimiento guiado, el cuestionamiento socrático, reestructuración cognitiva, el juego de roles, el

entrenamiento para la solución de problemas y en habilidades sociales, así como las técnicas de relajación, entre otras, fueron bastante efectivas en la disminución de los síntomas de la paciente.

Con la implementación de técnicas de intervención cognitivo conductuales (Beck, 2010), (Caballo 2004), se evidencia una notable mejoría a la hora de abordar los esquemas disfuncionales predisponentes para la aparición de los síntomas actuales, los que a su vez, vulneraban a la paciente para la aparición de trastornos físicos y emocionales que la aquejan.

Por todo lo anterior, se cumple el objetivo general de implementar un método de investigación de estudio de caso en una paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad evitativa con comorbilidad de depresión, en el marco del modelo de la terapia cognitivo conductual, con el fin de profundizar y aportar en la comprensión y el esclarecimiento de esta entidad diagnóstica y su intervención.

13. Referencias

Almeida Ferreiro, Irene (2016). *Trastorno de Personalidad por Evitación:*

Aproximaciones al tratamiento psicológico. Trabajo de fin de grado, modalidad 1:

Trabajos de revisión bibliográfica. Universidad de Santiago de Compostela,

España

American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Masson, Barcelona.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5 (5ª ed). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Alden, L. E., Lapsa, J. M., Taylor, C. T., & Ryder, A. G. (2002). *Avoidant personality disorder: Current status and future directions*. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 1–29. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.1.1.22558>

Alden, L. Mellings, T. Rydero, A. (2004) *El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal*. En: Caballo, V. y cols

(Eds.), Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis.

Alden, L., Lapsa, J., Taylor, C., Ryder, A. (2002). *Avoidant personality disorder; current status and future directions*. Journal of personality disorders, 16(1), 1- 29.

Alden, L. Mellings, T. Rydero, A.(2004) *El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal*. En: Caballo, V. y cols (Eds.), Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis.

Alnaes, R. & Torgersen, S. (1999). *A 6 year follow-up study in anxiety disorders in psychiatric outpatients: development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors*. Nordic Journal of Psychiatry, 53.

Apeldoorn, F. J. (2006). *Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder*. The British Journal of Psychiatry, 189(1), 60-64. doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153>

Arias, A. (1997). Documento: “*Entrenamiento Asertivo*”

Barlow, D. H & Durand, M. (2001). *Psicología anormal: Un enfoque integral*. (2^a ed). Madrid: International Thomson Editores.

Barraca Mairal, Jorge. *Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva*. Clínica y Salud, vol. 21, núm. 2, 2010, pp. 183-197
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid .Madrid, España

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: A Meridian Book.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Beck, A. Freeman, A. Denise, D; Davis y otros. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. (2^a ed). Barcelona: Paidós.

Beck, A.; John Ruhs; Brian F. Shaw; Gary Emery. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19^a ed.). Nueva York: Guilford Press. En: Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer.

Amparo Belloch, y Héctor Fernández Álvarez (2002): *Trastornos de la*

Personalidad. Madrid: Editorial Síntesis. 255 pp. ISBN 84-7738-945-4.

editorial síntesis, S. A. Vallehermoso, Madrid.

<http://www.sintesis.com>

Buela Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). *Normas para la redacción de casos*

clínicos. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(3).

Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos*

psicológicos. Madrid: Siglo XXI, 1.

Caballo, V. E. (2001). *Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la*

personalidad. Psicología Conductual, 9(3), 579-605.

Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos*

psicológicos. Madrid: Siglo XXI, 1.

Cabanyes, J. (2012). *La salud mental en el mundo de hoy*. Madrid: EUNSA.

Capponi, R. (1997) *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago de Chile:

Universitaria.

Cia, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social*. Manual diagnóstico, terapéutico y de

Clark, D, Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao:

Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Autoayuda. Buenos aires: Polemos.

De Ronchi, D., Muro, A., Marziani, A. & Rucci, P. (2000). *Personality disorders*

And depressive symptoms in late luteal phase dysphoric

disorder. Psychotherapy and Psychosomatics, 69.

Díaz-Herrero Ángela, Pérez-López Julio, Teresa Martínez-Fuentes María Teresa,

Herrera-Gutiérrez Eva, Brito de la Nuez Alfredo (2016). *Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: Implicaciones para la atención temprana*. Anales de psicología, vol. 16, nº 1, 101-110. Murcia (España)

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive*

interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual. London: Routledge.

Di Paula, A., & Campbell, J. D. (2002). *Self-esteem and persistence in the face of*

failure. Journal of Personality and Social Psychology, 83(3), 711–724. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.711>

Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone., A., Paionni, A. Scarpato, A.

Vigliaturo., Rosi, D. D´adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. & Abrardi, L. (2000). *Epidemiology of a social phobia*. European Psychiatry, 158(1).

Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés,

L. M., Calle Londoño, H. N., Cataño Berrío, C. M. & Bustamante Durán, E. Y.

- (2015). *Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín*. Revista de psicología Universidad de Antioquia, 7(1), pp73-96.
- Finzi-Dottan, R. y Karu, T. (2006). *From Emotional Abuse in Childhood to Psychopathology in Adulthood. A Path Mediated by Immature Defense Mechanisms and Self-Esteem*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 194, 616-621.
- Fonagy, Peter, Lorenzini, Nicolás (2016). *Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión*. University College London y Anna Freud Centre, Londres, Reino Unido.
- Freeman, A., & Oster, C. (2007). *Terapia cognitiva de la depresión*. V, Caballo. (Ed.) Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Garaigordobil M, Pérez JI y Mozaz M (2008). *Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms*. Psicothema, 20, 114-123
- Hernández et al (2006) R. Hernández Sampieri, C. FernándezCollado y P. Baptista

Lucio. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill México 2006 4ª Edición ISBN:

970-10-5753-8

Holt, C. S., Heimberg, R G., Hope, D. A & Liebowitz, M. R (1992). *Situational domains of social phobia*. Journal of Anxiety Disorders, 6, 63-77.

Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). *The origins of social phobia*. Behavior Modification, 24, 102-129.

Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (2008).

Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. Depression and Anxiety, 25(5), 441-448.

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20349>

Ingram, R.E. y Wisnicki, K. (1991). Cognition in depression. En P.A. Magaro (Ed.),

Cognitive Bases of Mental Disorders. Annual Review of Psychopathology. Vol. 1

(pp. 187-230). Newbury Park, CA: Sage.

Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (Eds.) (1979). *Cognitive behavioral interventions: Theory,*

research, and procedures. New York: Academic Press.

K., Kendler (2008). *Relación entre el trastorno de la personalidad por evitación y la fobia*

social: estudio poblacional con gemelas. American Journal of Psychiatry. VOL

164- Num 11.

Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/sin-categoria/relacion-entre-el-trastorno-de-la-personalidadpor-evitacion-y-la-fobia-social-estudio-poblacional-con-gemelas/>

Lafora, R (2012). *Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo*. Clínica y Salud vol.23 no.2. Madrid

LaFreniere, P. (2009). *A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder*. Development and Psychopathology, 21(4), 1065-1082.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990046>

Lampe, L. (2015). *Social anxiety disorders in clinical practice: Differentiating social phobia from avoidant personality disorder*. Australasian Psychiatry, 23(4), 343-346.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1039856215592319>

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, A. A. (2000). *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lewinsohn, P. M. (1976). *The behavioral study and treatment of depression*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), Progress in Behavior Modification. Vol. I,

Nueva York: Academic Press.

Liebowitz, M. R. & Heimberg, R. G. (1997). *A controlled comparison of phenelzine*

and cognitive-behavioral group therapy in social phobia. Paper presented at the

International Conference on Shyness and Self-conscious, Cardiff, Wales.

Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). *Self-esteem in patients with borderline*

and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5),

469-477. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>

Meyer, B. (2002). *Personality and mood correlates of avoidant personality disorder*.

Journal of Personality Disorder, 16(2).

Meyer, B. & Carver, C.S. (2000). *Negative childhood accounts, sensitivity and*

pessimism: a study of avoidant personality disorder features in college

students. *Journal of Personality Disorders*, 14.

Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti, M.S., Heape, C. L. & Egan, B.S., (2001).

Attachmentstyles and personality disorders as predictors of symptom

course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5).

Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los*

aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.

Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV.* Editorial:

Masson.

Millon, T. y Escovar, L. (1999). *La personalidad y los trastornos de la personalidad: Una*

Perspectiva ecológica. En V. Caballo, G. Buela-Casal y J.A.Carboles (Eds.),

Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Madrid: Siglo XXI.

Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos.* Barcelona: Martínez

Roca, S. A.

Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., & Meagher, S. (2001). *Trastornos de la*

personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

Millon, T. Grossman, S. *Moderating severe personality disorders.* A personalized

Psychotherapy approach. New Jersey. Ed. Willey. 2007.

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud*

Mental 2015, tomo I. Bogotá 2017.

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. *Boletín de salud*

mental –Conducta suicida- Subdirección de Enfermedades No

Transmisibles. Bogotá 2018.

Moreno, Jiménez, B., Alonso, M., y Álvarez, E. (1997). *Sentido de Coherencia,*

Personalidad Resistente, autoestima y salud. Revista de Psicología de la Salud. 9, 115-138

Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia (2017). *Guía Metodológica*

Actualización. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo

Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental Bogotá.

Olivares-Olivares, P. Maciá, D., Chittó Gauer, G., Olivares, J., y Amorós, M. (2013).

¿Trastorno de personalidad por evitación o Fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española. Universidad de Murcia, España.

Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE 10. Décima revisión de la Clasificación*

Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento.

Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.

Ormel, J., Oldehinkel, A. J. y Vollebergh, W. (2004). *Vulnerability before, during, and*

after a major depressive episode: A 3-wave population-based study. Archives of General Psychiatry, 6, 990- 996.

Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maers, J. y Schmitt, M. (2009). *Low Self-*

Esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. Journal of Abnormal Psychology, 118, 472-478

Padesky, C.A y Beck, J.S. (2005). *El trastorno de la personalidad por evitación*. En A.T

Beck, A. Freeman, D.D. Davis y otros (Autores). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (pág. 331-358). Buenos Aires: Paidós Ibérica.

Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (1997). *Cognitive-behavioral case formulation*. In T.

D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (p. 314–339).

Guilford Press.

Procacci, M. Popolo, R. (2008). *El trastorno de la personalidad por evitación: Modelo*

clínico. En: Semerari, A. Dimaggio, G. (Eds.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento*. Bilbao: Desclee de Brower.

Reich, J. (2009). *Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia*.

Current Psychiatry Reports, 11(1), 89-93.

Romero, E. (2008) *Entre la alegría y la desesperación humana*. Sobre los estados de

ánimo. Santiago de Chile: Norte-sur.

Roussos, A. J. (2007). *El diseño de caso único en investigación en psicología clínica*.

Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3).

Russo, A., Barón, O., Mendoza, A., Ferrer, A., Vanegas, J., y Ventura, M. (2015).

Temas en Psicología Clínica. Barranquilla: Uninorte.

- Sánchez, E. y Barrón, A. (2003). *Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective*. The Spanish Journal of Psychology, 6, 3-11
- Scandar, M. G. (2014). *El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia*. Psicodebate, 14(1), 69-84.
- Skodol, A. (2007) *Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad*. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. (Eds.), Tratado de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Elviesier Masson. Barcelona.
- Stake, R. E. (2005) *Investigación con estudio de casos*. Madrid, Morata.
- Takakura, M., y Sakihara, S. (2001). *Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students*. Journal of Adolescent Health, 28, 82-89.
- Talbot, F., Harris, G. E. y French, D. J. (2009). *Treatment Outcome In Psychiatric Inpatients: The Discriminative Value Of Self-Esteem*. International Journal of Psychiatry In Medicine, 39(3), 227-241.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Frederikson, M. (2001). *Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study*. Behavior Research and Therapy, 39.
- Torres-Rivas, R. M., Fernández, F. y Maceira, D. (1995). *Self-esteem and value of the health as correlates of adolescent health behavior*. Adolescence, 30 (118), 403-

412.

Turner, S. M, Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). *Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder*. Journal of Abnormal Psychology, 101, (2).

Vázquez, C., Hervás, G., Hernán, L. y Romero, N. (2010). *Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación*. Psicología Conductual, 18, 139-165

Widiger, T.A. y Mullins-Sweatt, M.A. (2007). *Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de personalidad*. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), Tratado de los trastornos de la personalidad (pp. 37-55). Barcelona: Elsevier Masson.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). *A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality*. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd ed., pp. 89-99). Washington, DC: American Psychological Association.

Young, J., Klosko, J & Weishaar, M. (2003). *Terapia de Esquemas. Guía Práctica*. España: Descleé de Brouwer.

Young, J. E. & First, M. (1996). *Schema mode listing*. New York: Cognitive Therapy Center.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.