

**Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un Paciente con Trastorno de
Personalidad por Evitación**

Humberto Del Castillo Drago

Psicólogo

Aspirante al Magíster en Psicología

Universidad del Norte (Barranquilla)

Tutora: Ana María Arias Zuleta

Especialista y Magíster en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DEL NORTE DE BARRANQUILLA

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2017

Contenido

1. Información General del Proyecto	4
1.1 Título	4
1.2 Investigador y Director	4
1.3 Resumen	4
1.4 Palabras clave	5
2. Introducción	5
3. Justificación	7
4. Área problemática	12
5. Objetivos	17
5.1 Objetivo General	17
5.2 Objetivos específicos	18
6. Historia Clínica del Paciente	18
6.1 Información de identificación	19
6.2 Queja principal	19
6.3 Historia del problema actual	19
6.3.1 Síntomas Cognitivos	19
6.3.2 Síntomas Emocionales	20
6.3.3 Síntomas Conductuales	20
6.3.4 Síntomas Fisiológicos	20
6.3.5 Estresores Ambientales	20
6.4 Historia psiquiátrica pasada	20
6.5 Historia social y personal	20
6.6 Historia médica	23
6.7 Observaciones sobre el estado mental	23
6.8 Diagnóstico según DSM-5	24
6.9 Formulación del Caso	24
6.9.1 Precipitantes	24
6.9.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales	25
6.9.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos	25
6.10 Diagramación de Conceptualización Cognitiva	26

6.10.1	<i>Fortalezas</i>	28
6.10.2	<i>Hipótesis de trabajo</i>	28
6.11	<i>Plan de tratamiento</i>	29
6.11.1	<i>Listado de problemas</i>	29
6.11.2	<i>Metas del tratamiento</i>	30
6.11.3	<i>Plan de tratamiento</i>	30
6.12	<i>Curso del tratamiento</i>	34
6.12.1	<i>Relación terapéutica</i>	34
6.12.2	<i>Intervenciones/Procedimientos</i>	34
6.12.3	<i>Obstáculos</i>	38
6.12.4	<i>Resultado</i>	38
7.	Descripción de las sesiones	39
8.	Marco conceptual de referencia	50
8.1	<i>Trastorno de Personalidad por Evitación</i>	50
8.1.1.	<i>Antecedentes históricos</i>	50
8.1.2	<i>Criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación</i>	53
8.1.3	<i>Diagnóstico Diferencial</i>	55
8.1.4	<i>Comorbilidad en el Trastorno de Personalidad por Evitación:</i>	57
8.1.5	<i>Prevalencia, curso y desarrollo:</i>	58
8.1.6	<i>Etiología:</i>	59
8.1.7.	<i>Características del Trastorno de Personalidad por Evitación</i>	60
8.1.8.	<i>Perfil cognitivo del Trastorno de Personalidad por evitación:</i>	62
8.1.9	<i>Distintos tipos de Trastorno de Personalidad por Evitación</i>	64
8.1.10.	<i>Proceso de Auto-perpetuación:</i>	65
8.1.11.	<i>Intervención</i>	67
8.1.12.	<i>Investigaciones</i>	73
8.2.	<i>Trastorno de Depresión Mayor</i>	75
8.2.1.	<i>Criterios diagnósticos:</i>	75
8.2.2	<i>Tratamiento:</i>	78
9.	Análisis del caso	79
10.	Conclusiones y discusión	80
11.	Referencias	83

1. Información General del Proyecto

1.1 Título

Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un Paciente con Trastorno de Personalidad por Evitación.

1.2 Investigador y Director

Investigador: Humberto Del Castillo Drago

Director: Ana María Arias Zuleta

1.3 Resumen

El presente es un estudio de caso clínico de un paciente (Daniel), con un diagnóstico principal de Trastorno de Personalidad por Evitación con comorbilidad de Depresión, Ansiedad Social y Alcoholismo. El paciente acude a terapia ayudado por la madre, ante un episodio de Depresión Mayor a causa de una ruptura sentimental. En la sesión exploratoria muestra estados anímicos depresivos evidentes y al relatar su historia social y personal refleja claros indicios del TPE. En el caso se sigue el Modelo de Organización de Datos y Formulación del Instituto de Terapia Cognitiva, y el tratamiento se basó en los protocolos propuestos por Caballo (2004) y Beck (2005). Asimismo, se realizó un plan de tratamiento de acuerdo con los objetivos terapéuticos, trabajando inicialmente la ideación suicida, depresión y alcoholismo. Luego, se abordó la ansiedad social, las estrategias hiper desarrolladas del Trastorno de Personalidad por Evitación y las infra desarrolladas simultáneamente, dado que ambos trastornos

comparten características similares. Por último, se abordó las conductas de tipo evitativo. Actualmente, Daniel refiere bajos niveles de depresión, manejo adecuado de sus pensamientos disfuncionales, un sueño reparador y bajo consumo de alcohol. Además, ha venido adquiriendo un mejor manejo de su Ansiedad Social, disminuyendo además las conductas de evitación y desarrollando habilidades sociales en contraposición.

1.4 Palabras clave

Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE); Ansiedad Social (AS); Terapia cognitivo-conductual (TCC).

2. Introducción

El presente trabajo contiene una presentación de caso clínico único con diagnóstico de Trastorno de Personalidad por Evitación, Ansiedad Social, Depresión y Trastorno por Consumo de Alcohol. Además, se encontrará toda la evaluación, formulación e intervención para el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE).

Por ser la modalidad de caso clínico único y alrededor de la presentación del mismo, se hará también una contextualización de la problemática del diagnóstico, la justificación y el marco teórico; teniendo en cuenta distintos autores e investigaciones que hagan referencia a la sintomatología del Trastorno de Personalidad por Evitación.

Asimismo, siendo un caso único, se encontrará un caso de tipo específico, desarrollando la sintomatología, motivo de consulta, descripción de los antecedentes desde distintos puntos de vista (p.e.: académico, relacional, psiquiátrico y social). También, su estado mental observado en consulta, diagnóstico, precipitantes y activadores de la situación o cuadro actual. Por otro lado, el enfoque longitudinal, será el que se empleará para hacer la conceptualización cognitiva del paciente, desde sus creencias nucleares, intermedias y las principales estrategias del paciente para hacer frente a sus esquemas disfuncionales.

Desde lo anterior, se realiza la hipótesis del caso o explicación de la sintomatología en el paciente, teniendo en cuenta distintas predisposiciones psicológicas o biológicas, experiencias vividas o posibles hechos traumáticos. Seguidamente, se abordará la intervención del caso, iniciando con la lista de problemas y, a partir de allí, se propondrá los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento específico en el trabajo del mismo. Además, se expresará los obstáculos presentados en la psicoterapia, resultados obtenidos y, por último, el relato de 5 sesiones, las cuales estarán articuladas con el planteamiento del tratamiento.

A este respecto, la presentación del caso único está basada en la formulación planteada por el Instituto de Terapia Cognitiva, modelo que ha sido escogido por los índices de mejoría y buen pronóstico de los pacientes y sus trastornos, específicamente con el Trastorno de Personalidad por Evitación. Adicionalmente, son bastantes los artículos e investigaciones que soportan y demuestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para este tipo de casos. Existen dos clásicas: Alden (1989), en el cual analiza diferentes técnicas cognitivo-conductuales, como exposición gradual, entrenamiento en

habilidades interpersonales y foco de intimidad. Siendo más eficaz esta última técnica. Otro estudio ha sido desarrollado por Alden y Capreol (1993), quienes investigan la eficacia del enfoque cognitivo-conductual, explorando también los problemas interpersonales de cada paciente. Esto con el propósito de saber qué tipo de técnica es más efectiva para cada problemática.

Por último, es importante mencionar que el nombre “Daniel” es un nombre ficticio, enunciado de esta manera para preservar la identidad real del paciente.

3. Justificación

Montero y León (citado por Buela, Casual y Sierra, 2002), afirman que el estudio de caso es una de las metodologías más utilizadas en la investigación desde el área de la Psicología, también una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos transmitan sus experiencias de una forma sistemática, y que otros psicólogos logren entenderlas y discutirlos. Esto, sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica de la Psicología Clínica, debido a que los investigadores de este campo necesitan conocer las experiencias de los psicólogos clínicos profesionales y, estos a su vez necesitan las directrices de los investigadores, con el objetivo de planificar su actividad profesional y comunicarla en términos estándares, buscando la comprensión de los términos en la comunidad profesional.

Definitivamente el presente estudio de caso constituye un aporte para la comunidad académica puesto que se investigará en las distintas teorías que explican el caso y en las

estrategias para abordarlo, de esta manera es un aporte para la sociedad actual. Para el psicólogo investigador la presente metodología brinda un significativo aprendizaje de manera que lo pueda aplicar cotidianamente en su práctica clínica cotidiana.

Es por ello, que la metodología usada para este trabajo es el Caso Clínico Único, por medio del cual se hace una evaluación individual y profunda para comprender al paciente. De esta manera, se logra realizar la formulación del Instituto de Terapia Cognitiva, el cual conduce a un modelo de intervención adecuado y eficiente.

Al respecto, Scandar (2014), afirma que diversos autores han mostrado su preferencia y señalado las ventajas de los Estudio de Caso en psicoterapia (Edwards, Dattilio & Bromley, 2004; Dattilio, 2006; Stiles, 2006; Starman, 2013). También, Stiles (citado por Scandar, 2014), destaca que los clínicos siempre han manifestado su disconformidad con los estudios estadísticos en psicoterapia, debido a que estos están descontextualizados y son difíciles de aplicar en la práctica. Considerando, además que los Estudios de Caso pueden ayudar a acortar esta brecha. De forma inversa, también destaca que los Estudios de Caso pueden permitir a los clínicos incursionar en las investigaciones, documentando adecuadamente sus casos, porque son estos quienes están en una posición privilegiada para realizar observaciones ecológicas acerca del objeto de estudio. Así que esto permitiría volver bidireccional el puente entre investigación y práctica clínica.

Por su parte, Morley (citado por Roussos, 2007), define cuatro usos fundamentales para los cuales se presentan los casos únicos en Psicología Clínica:

Un primer uso en *pedagógicos generales*, debido a que este tipo de diseño es sumamente didáctico al permitir una fácil ejemplificación de conceptos; un segundo uso es para *entrenamientos de profesionales*, a través de los cuales se genera estándares y modelos de acción clínica; el otro uso es en *peculiaridades clínicas* que generan nuevas ideas y tendencias de pensamiento; y un cuarto uso *para la realización de tareas de investigación* propiamente dichas.

A continuación se van a dar una serie de razones del por qué del presente estudio tomando en cuenta las recomendaciones de Hernandez Sampieri (2014)

Una investigación llega a ser conveniente por diversos motivos: tal vez ayude a resolver un problema social, a formular una teoría o a generar nuevas inquietudes de investigación. Lo que algunos consideran relevante para investigar puede no serlo para otros, pues suele diferir la opinión de las personas. Sin embargo, es posible establecer criterios para evaluar la utilidad de un estudio propuesto, los cuales, evidentemente, son flexibles y de ninguna manera son exhaustivos. (p.40)

Dicho autor plantea 5 temas con distintas preguntas para justificar y validar el presente trabajo: ¿Qué tan conveniente es la investigación?; esto es, ¿para qué sirve?, ¿Cuál es su trascendencia para la sociedad?, ¿quiénes se beneficiarán con los resultados de la investigación?, ¿de qué modo? ¿Ayudará a resolver algún problema real?, ¿tiene implicaciones trascendentales para una amplia gama de problemas prácticos? ¿Con la investigación, ¿se llenará algún vacío de conocimiento?, ¿la información que se obtenga puede servir para revisar, desarrollar o apoyar una teoría?, ¿La investigación puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos?, ¿contribuye a la

definición de un concepto, variable o relación entre variables?, ¿pueden lograrse con ella mejoras en la forma de experimentar con una o más variables?.

El presente trabajo sirve para estudiar e investigar en el trastorno de personalidad por evitación y su comorbilidad con la ansiedad social, el trastorno de consumo por alcohol y el trastorno de depresión mayor. Su trascendencia radica en profundizar en cada uno de los trastornos y su comorbilidad. Se benefician psicólogos, estudiantes, pacientes y la sociedad en general.

El presente estudio ayudará a comprender los trastornos mencionados, su comorbilidad y el actual debate en la relación entre trastorno de personalidad por evitación y ansiedad social. Es una revisión de los estudios y avances sobre la conceptualización y protocolos de intervención en el trastorno de personalidad por evitación así como de las distintas posturas sobre la relación entre trastorno de personalidad por evitación y ansiedad social. Sobre este punto hay que decir que el debate continua aún después del DSM-5.

El estudio de caso sirve para comprender el trastorno de personalidad por evitación, su comorbilidad con la ansiedad social y sus estrategias de intervención.

El estudio de caso será abordado desde la Terapia Cognitiva-Conductual por ello resulta importante acudir a Beck (2000), que afirma: “La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas” (p. 32). En este orden de ideas, la Psicología Cognitiva 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.

A este respecto, Beck (2000), corrobora que “luego el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyace a las ideas disfuncionales” (p 35). Por lo que la conceptualización cognitiva se inicia en la sesión inicial y se va profundizando poco a poco en cada una de las sesiones siguientes. Asimismo, el terapeuta se plantea una hipótesis sobre el paciente y trata de entender cómo es que la persona desarrolló sus esquemas o creencias, qué mecanismos utiliza para afrontar el malestar y qué estrategias perpetúan dicho esquema. Posteriormente, una vez realizada esta conceptualización, se planea el tratamiento adecuado.

Por su parte, el enfoque cognitivo-conductual posee la metodología, los protocolos y las herramientas adecuadas para proveer un pronóstico alentador del caso con Trastorno de Personalidad por Evitación. Por lo que Beck, Freeman y Davis (2005), opinan al respecto lo siguiente:

Es una teoría de los Trastornos de la Personalidad en el contexto global de su origen, desarrollo y función de la personalidad. Esta exposición se centra inicialmente en cómo se forma los procesos de la personalidad y operan al servicio de la adaptación (p. 37).

Por todo ello, es que se considera acertado realizar el análisis y la intervención psicoterapéutica desde esta corriente. Seguidamente, es necesario tener en cuenta que, para el enfoque cognitivo los distintos *rasgos de personalidad* están identificados con distintos adjetivos, por ejemplo: “dependiente”, “evitativo”, “narcisista”, etc. Además,

se puede conceptualizar cada uno de los tipos de personalidad como expresiones abiertas de estructuras subyacentes. Las estructuras cognitivas al asignar significados a los acontecimientos generan una reacción en cadena que culmina en estrategias, las cuales se atribuyen a los rasgos de la personalidad.

En este sentido, los pacientes con Trastorno de Personalidad por Evitación 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.

Asimismo, 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. Dichos autores proponen el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para sujetos con un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar.

4. Área problemática

El presente estudio de caso se realiza en el contexto de la psicología anormal. Barlow y Durand (2001), afirman al respecto que: “Son las disfunciones conductuales,

emocionales o cognoscitivas, que son inesperadas en su contexto cultural y se asocian con angustia personal o con un impedimento sustancial en el funcionamiento” (p. 5).

Además, Cabanyes (2012), distingue cuatro grandes criterios que definen la normalidad y la anormalidad: *estadístico, finalista, adaptativo y subjetivo*. No obstante, ninguno de estos criterios -por sí solo- es suficiente para señalar lo normal y lo patológico. En este sentido, se afirma lo siguiente:

El criterio estadístico señala dónde está la media y cuáles son sus desviaciones. Por lo que los datos que se encuentran dentro de la media estadística son normales y los que se desvían de la misma son anómalos. Por su parte, el criterio finalista (también llamado funcional), indica si una conducta o función dinámica es adecuada para alcanzar sus propios fines. El criterio adaptativo pone de manifiesto la capacidad de integrarse de acuerdo a sus habilidades sociales y asumir los cambios. El criterio subjetivo se refiere a la valoración personal sobre la normalidad de las propias conductas y manifestaciones psíquicas. Por ejemplo, considerar excesivo el temor que se tiene al subirse a un avión y sentirse en disgusto con esas experiencias (p. 76, 77).

En este orden de ideas, el Psicólogo Clínico formula un caso con el objetivo fundamental de entender el trastorno y precisar la hipótesis diagnóstica, los objetivos terapéuticos y el tratamiento adecuado. Así que dicha formulación, en palabras del DSM-5 (citado en APA, 2014): “debe incluir una historia clínica detallada y un resumen minucioso de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a la aparición de determinado trastorno mental” (p. 19). Es decir, son años de años en los que se ha estado estudiando las distintas patologías y trastornos. En este

contexto, es también importante considerar la definición de Trastorno Mental que aborda el DSM-5:

Un trastorno mental es 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, biológicas o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea 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 (p. 20).

Ahora bien, el presente estudio de caso es sobre el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), que es un trastorno caracterizado por la inhibición social, el miedo a la evaluación negativa y descalificadora de los demás. Por esta razón, la persona elude o evita las relaciones sociales, afectando la conducta de quien lo padece.

A continuación, se describe los síntomas del Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), teniendo como referencia los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5): el TPE es un patrón dominante de

inhibición social, 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, manifestados en los siguientes hechos: evitar las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo (por miedo a la crítica o al rechazo); se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado; se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que le avergüencen; le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales; se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales; se percibe a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás; se presenta extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades, porque le pueden resultar embarazosas. Además, la conducta de evitación normalmente empieza en la infancia o la niñez. En donde se presenta con timidez, aislamiento y miedo a personas extrañas y a las situaciones nuevas. Así mismo, las personas que desarrollan el trastorno de la personalidad evitativa pueden llegar a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, en especial cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven importantes.

Ahora bien, Beck, et. al. (2005), recuerdan que la expresión *Personalidad Evitativa* fue acuñada por primera vez por Millon (1969), basándose en la Teoría del Aprendizaje Social. Describiendo que la persona presenta un “aislamiento activo” como respuesta al miedo y desconfianza hacia los demás.

En este sentido, es menester tener en cuenta que el paciente del presente estudio de caso llega a consulta con un Episodio Depresivo (tras la ruptura con la novia, después de aproximadamente un año de relación). Es también diagnosticado con Trastorno de

Personalidad por Evitación y Trastorno por Consumo de Alcohol, además de existir comorbilidad con el Trastorno de Ansiedad Social.

Para este Estudio de Caso se utiliza la Terapia Cognitiva como sustento teórico y terapéutico en el abordaje de los trastornos. A su vez, Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), señalan que: “La terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría” (p. 13). Por este motivo, la intervención terapéutica cognitiva se encamina a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias ilógicas e irracionales que subyacen a dichas cogniciones.

Por otro lado, Beck, et. al. (2010), afirman que: “El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de pensamientos” (p. 13). Así que el clínico cognitivo ayuda al paciente a pensar de modo realista, objetivo, lógico y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. En esta misma línea, se considera fundamental recordar lo que comparte Beck (2000):

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten. La respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación (p. 32, 33).

Con respecto a la eficacia de distintas terapias y técnicas, Almeida (2016), afirma lo siguiente:

Los artículos que versan sobre el tema son: Alden (1989) y Alden y Capreol (1993). En el caso de Alden (1989), el autor analiza diferentes técnicas cognitivas

conductuales como Exposición gradual, Entrenamiento en habilidades interpersonales y Foco de intimidad (FI), siendo la más eficaz esta última técnica. Dicha técnica consistía en la aplicación de los dos tratamientos anteriores, pero, centrándose en establecer fuertes vínculos interpersonales (p. 32).

Esta autora analiza también el estudio de Alden y Capreol (1993), que además de investigar la eficacia en técnicas cognitivo-conductuales para tratar el TPE, también explora distintos problemas interpersonales de cada paciente para saber qué técnica es más eficaz en dicha problemática. Al igual que el estudio de Borge (2010), compara la Terapia Cognitiva con la Terapia Interpersonal en el tratamiento de TPE y Trastorno de personalidad dependiente, demostrando que el Tratamiento cognitivo es más eficaz que la Terapia interpersonal en TPE. A su vez, en los estudios realizados por Emmel-Kamp (2006), se concluye que la Terapia Cognitivo Conductual fue significativamente superior a la Terapia dinámica breve.

Por su parte, Caballo (2004), afirma que: “Considerados en conjunto, estos estudios respaldan la conclusión ya planteada: las condiciones de la Terapia Cognitiva Conductual son eficaces con el TPE” (p. 544).

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Describir y analizar desde el modelo cognitivo-conductual un caso con diagnóstico de Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE) con comorbilidad de Depresión, Ansiedad Social y Alcoholismo.

5.2 Objetivos específicos

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

Explicar de qué forma se manifiesta dichos trastornos en el paciente y al mismo tiempo conceptualizar el caso desde el modelo cognitivo.

Analizar y plantear las posibles estrategias terapéuticas desde el modelo cognitivo conductual que permitan el adecuado desarrollo de la psicoterapia para el caso descrito.

6. Historia Clínica del Paciente

6.1 Información de identificación

Daniel es un varón de 31 años, antioqueño, de piel blanca y soltero. Actualmente vive con sus padres, abuela y una tía. Tiene además dos hermanas de 27 y 29 años, quienes viven con sus respectivas parejas. Su padre es constructor y su madre es ama de casa. En este momento, el paciente se encuentra estudiando Informática Musical y en otra institución Música.

6.2 Queja principal

El paciente afirma lo siguiente al llegar a consulta: “(...) Me siento muy inútil, pienso que todo el mundo estaría mejor sin mí, lo que hago no tiene sentido, no quiero estar vivo pero no soy capaz de matarme (...)”.

6.3 Historia del problema actual

El paciente narra que en noviembre de 2015 tuvo una ruptura con la novia después de aproximadamente un año de relación. A partir de ese momento, comienza a sentirse triste, solo y aumenta el consumo de alcohol. En diciembre se agrava la situación, por lo que comienza a beber día de por medio, afirmando que todo se había vuelto un caos, que no sabía para qué servía, así que no quería hacer nada. Además, decía “quería morirme”. Luego, relata que en enero se sentía igual, comparte que “estaba de vacaciones y seguía bebiendo mucho”. Así que en febrero acudió a su madre para que le buscara un profesional en la solución de dicha situación. Luego, a fines de ese mes en el año 2016 llega a consulta, presentando los siguientes síntomas descritos a continuación.

6.3.1 Síntomas Cognitivos: Pensamientos de inutilidad, de no aportar a los demás y de que los demás no le aportan. Además, existe una falta de sentido de vida, pensamientos

de rechazo, pensamientos de muerte y suicidio recurrentes. También, presenta dificultades para concentrarse.

6.3.2 Síntomas Emocionales: Presenta de manera permanente sentimientos de tristeza y vacío. También ha mostrado anhedonia y miedo a relacionarse con los demás.

6.3.3 Síntomas Conductuales: Llanto fácil, aislamiento social y consumo de alcohol frecuente. También suele ausentarse de sus clases.

6.3.4 Síntomas Fisiológicos: Anergia, pérdida de peso e insomnio de conciliación.

6.3.5 Estresores Ambientales: Entre los mayores estresores se encuentra las relaciones sociales, debido a que no tiene amigos y tiende a aislarse por sentir temor a ser rechazado. A nivel académico, evita exponerse en clase y trabajar en grupo. Por su parte, afirma constantemente: “Siempre me ha estresado ponerme al frente a hablar”. Otro estresor es a nivel afectivo, debido a que actualmente no tiene una relación de pareja. Por último, a nivel laboral, porque en este momento no trabaja y se siente inútil a sus 31 años de edad.

6.4 Historia psiquiátrica pasada

Aunque antes no había asistido al psicólogo ni al psiquiatra, se evidencia una regularidad en el aislamiento y una personalidad premórbida de timidez e introversión. Así mismo, consume alcohol desde los 16 años, así como marihuana, éxtasis, perico y coca entre los 18 y 23 años (cada 15 días).

6.5 Historia social y personal

Daniel comparte que a los 5 años ingresó al kínder y que su madre fue quien estuvo más pendiente de él, luego afirma que: “Estaba pendiente de todo y de todos, ella te hacía

todo, todo estaba controlado, estaba pendiente de mis horarios, actividades y necesidades, se me fue generando una sensación de inutilidad y falta de autonomía”.

En cuanto a su padre, reporta que intervino poco en su vida; no era cariñoso, le hablaba lo justo, estaba pendiente de que no pasara nada y daba ciertos consejos. A este respecto, expresa que: “Me pegaba en ocasiones cuando me lo merecía”. Afirmo además que el padre fue un buen proveedor, pero ausente emocionalmente. Si bien no fue violento con Daniel, lo único que hacía era ir a ver sus partidos de fútbol.

Así que de niño fue siempre introvertido y tímido, por lo que le costó tener amigos. Decía constantemente que: “Conseguía alguno que otro, hablaba sólo con dos compañeros”. Por otro lado, académicamente le fue bien, tuvo buenas notas, pero le costaba salir al tablero y realizar trabajos en grupo.

Desde sus habilidades, se conoce que comenzó a jugar fútbol a los 13 años en una liga infantil de un barrio de la ciudad, recuerda que le fue bien y su padre asistía a verlo jugar, por lo que este deporte fue lo único que tenían en común. Pero cuando cumplió los 15 años lo enviaron a jugar a otro municipio (estuvo allí solo 6 meses), incluso hizo pruebas en un equipo importante de la ciudad y las pasó. Sin embargo, no quiso seguir jugando, debido a que consideró que no iba a llegar a ser futbolista profesional. También cuenta que a él no le gustaba el fútbol y que fue una práctica impuesta por sus padres. Seguidamente, afirma que: “Académicamente fui un estudiante normal; regular, ni bueno ni malo”. Recuerda que siempre le daba mucho miedo hablar en público y trabajar en grupo. Se percibía temeroso y eso se refleja en sus escasas

relaciones sociales. Asimismo, se considera incapaz de vincularse afectivamente con distintas personas.

Luego, a partir de los 16 o 17 años empezó a sentirse incómodo consigo mismo. Afirma que “quería hacer muchas cosas y no sabía ni cómo. Me hubiese gustado ser más extrovertido o tener una mayor habilidad comunicativa o no tener temor de vivir las cosas”. En este momento de su vida, el paciente tenía mucho miedo a equivocarse y siempre permaneció en el punto de controlar todo en su vida.

Con respecto al sexo opuesto, ha compartido que tuvo una amiga y otra conocida, además de una novia en la adolescencia. No obstante, no tuvo vida social y tenía temor de hablarle al resto de personas. Es de personalidad introvertida y tímida. Por ejemplo, nunca había sido capaz de exponer en clase y tampoco participaba desde su silla. Finalmente, se graduó del bachillerato a los 17 años, queriendo estudiar Ingeniería Civil, así que se postuló a dos universidades, pero no ingresó a ninguna. Razón por la que estudió Investigación Judicial durante dos semestres, luego estudió Artes Plásticas, pero sus padres no pudieron seguir pagando la carrera.

Posteriormente, relata que cuando tenía 19 años, sus padres viajaron a otra ciudad por trabajo del padre. Aquí fue un tiempo de “mucho descontrol” por el exceso de bebida y drogas en el ámbito del Rock y buscando compañía. Incluso, llegó a alcoholizarse y drogarse durante tres días. Después, decidió dejar el alcohol y la droga, afirmando que en ese tiempo se sentía solo, y ante dichos sentimientos se drogaba nuevamente. También, se retiró de estudiar a los 21 años, empezó a trabajar un año y

luego retomó la carrera; trabajando y estudiando durante año y medio, pero volvió a suspender sus estudios y se dedicó a trabajar.

Sobre su dimensión social se relata que siempre fue tímido y aislado. Cuenta además que se drogó durante 4 años (hasta los 23 aproximadamente). Siempre fue tímido, hablaba poco en el trabajo y sólo respondía lo necesario. Sin embargo, afirma que nunca ha sido grosero o “mal educado”.

A los 25 años asiste a clases de batería en una academia privada y trabaja en un lugar en donde ensayan distintas bandas (esto es hasta los 28 años). A esta misma edad comienza a estudiar Informática Musical, y a los 29 años ingresa a estudiar Música en otra institución. En el mismo año detiene sus estudios por un año para desatrasarse en Informática Musical. Por lo que otorga más prioridad a dicho estudio. Luego, afirmaba que: “En aquel momento ya me sentía mal, perdido en todo. Pensaba que de pronto no iba a ser capaz de hacer las cosas”.

Finalmente, a finales del año 2014 tuvo una novia, pero luego de un año ella terminó la relación. Así que él reacciona con bastante tristeza y se percibe bastante aislado para afrontar su vida, inseguro e inferior a las demás personas.

6.6 Historia médica

Ningún antecedente médico.

6.7 Observaciones sobre el estado mental

La presentación personal es adecuada y sin alteraciones; se muestra orientado en las tres esferas, de actitud distante, con pobre contacto visual y verbal. Su lenguaje es claro y coherente. Habla en voz baja, se limita a responder a lo que se le pregunta. Con

tendencia al enlentecimiento motor y afecto marcadamente depresivo. Además, se muestra en estado de alerta y con ideas de minusvalía, desesperanza, muerte e ideaciones suicidas. Sin alucinaciones e introspección media.

6.8 Diagnóstico según DSM-5

Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos **296.23** (F32.2)

Trastorno de Ansiedad Social **300.23** (F 40.10)

Trastorno de Personalidad por Evitación **301.82** (F 60.6)

Trastorno por Consumo de Alcohol **305.00** (F10.10)

En la fase inicial del proceso terapéutico se diagnosticó Ansiedad Social, considerando el inicio de los síntomas en la infancia y adolescencia de Daniel. Posteriormente, con el paso de las sesiones, se confirmó un Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). Se llega a este diagnóstico considerando lo que dice el DSM-5: “Los individuos con trastorno de personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con trastorno de ansiedad social” (p. 207). Así que este es el caso de Daniel, quien posee los síntomas de ambos trastornos.

6.9 Formulación del Caso

6.9.1 Precipitantes: Lo que precipita el episodio depresivo es la ruptura con la novia.

Sin embargo, frente a su Trastorno de Personalidad ha sido una constante en su vida el aislamiento y la evitación. Una situación activadora es cuando obtiene algún resultado parcial negativo en alguna materia de la universidad y la poca participación que vive en las mismas clases. La otra situación activadora es el aislamiento y soledad en la universidad, por lo que permanece solo y no comparte con nadie.

6.9.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales: Una situación problemática es cuando se encuentra leyendo solo en la universidad y comienza a pensar: “Siempre estoy solo, soy el ser más inútil, me debería morir”. Emocionalmente se siente triste, vacío y su conducta es seguir leyendo. Una segunda situación es cuando en clase el profesor manda una tarea para hacerla en grupos y él piensa: “No soy capaz de trabajar en grupo, no puedo, no quiero, no soy capaz, mejor pierdo”. Así que emocionalmente siente miedo y su conducta es salir de clase. Por último, una tercera situación es cuando está caminando hacia el metro para ir a su casa, en donde piensa: "A mi edad ya muchos han terminado sus maestrías, yo no he hecho nada, he perdido el tiempo, sigo estudiando, no tengo un buen trabajo y ni siquiera me puedo sostener". Aquí se siente emocionalmente triste y su conducta es seguir rumiando sobre la situación.

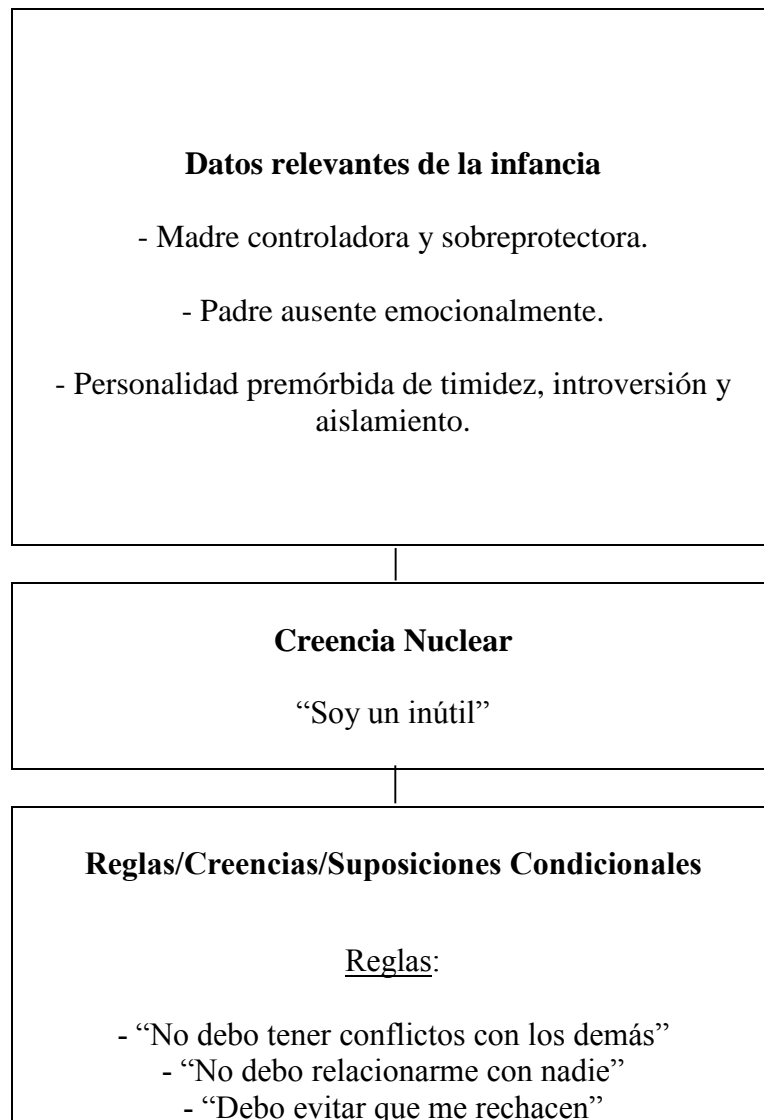
6.9.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos: La creencia nuclear es: “Soy un inútil”. Las reglas están orientadas al: “No debo tener conflictos con los demás”, “no debo relacionarme con nadie”, “debo evitar que me rechacen”. Las actitudes son: “Es horrible tener conflictos con los otros”, “es horrible relacionarme con los demás”, “es horrible sentirme solo”, “es horrible ser rechazado”. Seguidamente, los supuestos quieren expresar que: “si tengo conflictos con los demás, me rechazarán”, “si no tengo conflictos con los demás, me aceptarán”, “si me relaciono con los otros, me rechazarán”, “si no me relaciono con los otros, no me rechazarán”, “si tomo alcohol, me olvidaré de mi soledad”, “si no tomo alcohol, me sentiré solo”, “si me rechazan quiere decir que soy un inútil”, “si no me rechazan, no soy un inútil”. Finalmente, las

estrategias conductuales han sido el aislamiento, la evitación del conflicto y el beber alcohol.

6.10 Diagramación de Conceptualización Cognitiva

Nombre del Paciente: Daniel.

Diagnóstico (s): Trastorno de Personalidad por Evitación; Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; Trastorno de Ansiedad Social; Trastorno por Consumo de Alcohol.



Supuestos:

- “Si tengo conflictos con los demás me rechazarán”.
- “Si no tengo conflictos con los demás me aceptarán”.
- “Si me relaciono con los otros, me rechazarán”
- “Si no me relaciono con los otros, no me rechazarán”
- “Si tomo alcohol, me olvidaré de mi soledad”
- “Si no tomo alcohol, me sentiré solo”
- “Si me rechazan quiere decir que soy un inútil”
- “Si no me rechazan, no soy un inútil”

Estrategia (s) compensatoria (s)

- Aislamiento
- Evitar el conflicto
- Beber alcohol

Situación 1
Leyendo solo en la facultad

Situación 2
Estando en clase el profesor manda una tarea para hacerla en grupos

Situación 3
Caminando hacia el metro para ir a s casa

Pensamiento Automático

- “Siempre estoy solo”
- “Soy el ser más inútil, me debería morir”

Pensamiento Automático

- “No soy capaz de trabajar en grupos”
- “No puedo, no quiero, no soy capaz, mejor pierdo”

Pensamiento Automático

- “A mi edad ya muchos han estudiado maestrías y yo no he hecho nada”
- “Sigo en pre-grado, no tengo un buen trabajo y ni siquiera me puedo sostener”

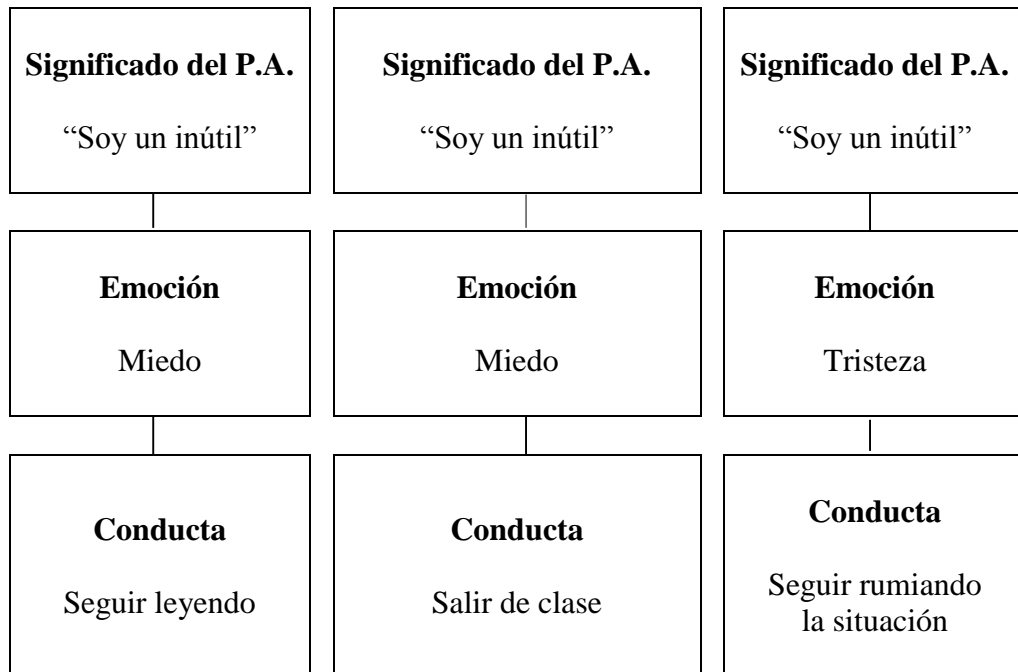


Tabla 1. Esquema Terapia Cognitiva

Fuente: Beck (2000)

6.10.1 Fortalezas: Daniel posee salud física, muy buena relación con la madre, las hermanas y las sobrinas, quienes le sirven como una red de apoyo consistente. Es responsable y cumplido con las tareas, puntual y organizado.

6.10.2 Hipótesis de trabajo: Cuando Daniel estaba pequeño su ambiente estuvo caracterizado por un padre ausente emocionalmente y una madre sobreprotectora, muy pendiente de todas sus cosas. Esta situación unida a un temperamento tímido e inhibido, hizo que él fuera desarrollando un aislamiento cada vez mayor en el colegio. Esta sensación de aislamiento, unida con la historia de su padre y madre, ocasionó que él fuese constituyendo una creencia negativa de sí mismo, al sentirse inútil. Es así como entre la infancia y la adolescencia se genera el Trastorno de Ansiedad Social.

La creencia de inutilidad antes mencionada se fue perpetuando a través del tiempo con la distancia social que él mismo producía. Por otro lado, la estrategia fundamental que él desarrolló para enfrentar el mundo fue la evitación, siendo esta misma evitación una perpetuación de su creencia de inutilidad. A este respecto es importante mencionar lo que plantea 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 importante mencionar además que, la situación de evitación nombrada anteriormente no sólo se presentó a nivel conductual, cuando él se aislaba de los entornos sociales y académicos, sino que también en la adolescencia empezó a observarse una forma de evitación emocional con el alcohol y el consumo de drogas, para no sentir el dolor de su soledad y aislamiento. Finalmente, su estrategia de evitación, constituyó un Trastorno de Personalidad por Evitación, haciendo que la ruptura con su pareja activara dicha percepción negativa de sí mismo, para propiciar así el Episodio Depresivo Mayor.

6.11 Plan de tratamiento

6.11.1 Listado de problemas

Ideaciones suicidas.

Depresión.

Consumo de alcohol.

Ansiedad social.

Conductas de evitación

Aislamiento

Insomnio.

Creencia de inutilidad.

6.11.2 Metas del tratamiento

Eliminar ideaciones suicidas.

Disminuir la depresión.

Reducir el consumo de alcohol.

Disminuir la ansiedad social.

Disminuir las conductas de evitación.

Desarrollar habilidades sociales.

Disminuir insomnio.

Modificar la creencia de inutilidad.

6.11.3 Plan de tratamiento: Se inicia el proceso terapéutico con la eliminación de las **ideaciones suicidas** con las que llega a la primera consulta, a través del Tratamiento de la Desesperanza (Beck, et. al., 2010, p. 202-206) y la Terapia de Resolución de problemas (Beck, et. al., 2010, p. 207-208). Además, se realizó remisión psiquiátrica para un apoyo farmacológico con antidepresivo y mejorar sus problemas de sueño.

Luego, se redujo la **depresión**, mediante la ayuda que se propició para responder a sus pensamientos automáticos por medio de la reestructuración cognitiva. En especial, aquellos relacionados con la inutilidad y el desamparo. Para lo cual se realizó una programación de actividades, organizando sus tiempos de estudio y realización de tareas

académicas, en donde se llevó a cabo una lista de actividades de dominio y agrado y se le enseñó dos técnicas para manejar la depresión en su vida cotidiana, las cuales son: el entrenamiento en la distracción y la re-focalización (Beck, et. al, 2010, p. 255-256). Además, se empleó algunas tarjetas de apoyo (flashcards) para tratar los pensamientos automáticos (Beck, et. al., 2010, p. 258).

Para el **alcoholismo** se aplicó las Habilidades de Afrontamiento para la Conducta de Beber (Caballo, 1998, p. 84-95). Posteriormente, para disminuir la **Ansiedad Social** se utilizaron las siguientes estrategias: entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson (Caballo, 1997, p. 41.); identificar y poner a prueba pensamientos disfuncionales sobre la relación terapéutica durante la terapia, con el fin de construir una relación colaborativa activa (Beck, et. al., 2005, p. 343); adiestrar en la utilización de auto-registros, con el objetivo de observar distintas situaciones sociales de manera objetiva. (Caballo, 2004, p. 552); utilizar las estrategias de primer nivel para la modificación cognitiva (Caballo, 2004, p. 554-556); la meta de las estrategias en esta fase consiste en establecer los fundamentos comprobados para un trabajo cognitivo posterior, más profundo, de esta forma, estas estrategias deben centrarse en situaciones específicas, en vez de hacerlo en patrones globales, y presentarse de una manera provisional; aplicar la exposición de las conductas y situaciones provocadoras de temor (Caballo, 2004, p. 558-560); entrenar en el ensayo de conducta, para impulsar la confianza en sí mismo (Caballo, 2004, p. 560-562). Seguidamente, se empleó la modificación cognitiva, mediante estrategias de segundo nivel; las cuales se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento de base emocional, aspectos que suelen caracterizar a los pacientes con

evitación, en este nivel se sacan conclusiones sobre los patrones del paciente a través de situaciones individuales (Caballo, 2004, p. 562-564) . Por último, se llevó a cabo la modificación cognitiva, mediante estrategias de tercer nivel donde se discutirán tanto los amplios asuntos interpersonales que subyacen a la conducta social ineficaz como las creencias nucleares más profundas enraizadas del paciente que contribuyen a su sensación de baja auto valía. (Caballo, 2004, p. 564 y 565).

Luego, se disminuyó las **conductas de evitación**, empleando las siguientes estrategias: entrenamiento en Exposición Graduada (Caballo, 1997, p. 63-65); adiestramiento en el Experimento Conductual (Beck, 2000, p. 240-242); tarjeta de apoyo: Estrategia de apoyo (Beck, 2000, p. 259-260); entrenamiento en la resolución de problemas (Beck, 2000, p. 235-237); adiestramiento en modificar la comparación consigo mismo (Beck, 2000, p. 269-270); 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 y compañeros de trabajo (Beck, 2000, p. 262-265).

Por otro lado, se disminuye además, el **aislamiento social**, a través del desarrollo de habilidades sociales y mediante las siguientes estrategias: charlas y algunos ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales (Caballo, 1997, p. 66-70); charla y ejercicios sobre la diferencia entre conducta pasiva, agresiva y asertiva (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, para empezar a contrarrestar la autocrítica, las previsiones negativas, los supuestos inadaptados sobre las relaciones

interpersonales y la evaluación incorrecta acerca de las reacciones de los demás (Beck, et. al., 2005, p. 346).

Posteriormente, se avanza en la **disminución del insomnio**, a través de las siguientes herramientas: tratamiento didáctico o reglas de higiene de sueño (Caballo, 1998 p. 297-298); relajación progresiva una vez al día y a la hora de irse a la cama. (Caballo, 1998, p. 292-293); reestructuración cognitiva sobre sus creencias personales acerca del sueño y sus problemas (Caballo, 1998, p. 294); entrenamiento autógeno (Caballo, 1998 p. 293). Además, se adiestra en la detención del pensamiento intrusivo, cuando el paciente se va a dormir (Caballo, 1998, p. 294). Por último, se entrena en el control de estímulo (Caballo, 1998, p. 298).

Finalmente, se modifica **la creencia nuclear de inutilidad**, a través de las siguientes estrategias: registro de pensamiento disfuncional, con el objetivo de reestructurar sus distorsiones cognitivas, a través del Diálogo Socrático (Beck, 2000, p. 159); identificación de creencias intermedias y nuclear (Beck, 2000, p. 180-187); trabajar en la creencia nuclear, a través del Psicodrama (Beck, et. al., 2005, p. 352). Además, se le enseña a utilizar el cuaderno de predicción de experiencias positivas (Beck, et. al., 2005, p. 353); el ensayo visualizado de nuevas conductas (Beck, et., al., 2005, p. 353). Seguidamente, se utiliza el continuum cognitivo, para la modificación de la creencia (Beck, 2000, p. 194 y 95). Por último, se lleva a cabo el formulario de creencias centrales (Beck, 2000, p. 217-218).

6.12 Curso del tratamiento

6.12.1 Relación terapéutica: Paciente colaborador, puntual, responsable y activo en terapia. En el espacio de las sesiones es honesto y sincero. También se muestra cumplido con sus citas y tareas. Durante el tiempo de terapia se trabajó de manera constante por 4 meses. Luego, consiguió un trabajo al salir de vacaciones en la universidad. En ese tiempo la terapia fue intermitente, hasta que se dio un receso de varios meses, retomando la misma de manera periódica al cabo de un tiempo.

6.12.2 Intervenciones/Procedimientos: Según la formulación del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, es necesario explicar sólo tres estrategias utilizadas en la intervención:

Adiestrar en la utilización de auto-registros para observar distintas situaciones sociales de manera objetiva: Caballo (2004), comparte que se trata de enseñar al paciente a observar sus distintas situaciones sociales desde una perspectiva objetiva, para analizar las mismas racionalmente. Por lo que es útil para el terapeuta que, al iniciar, proporcione un formato al paciente, como el que se indicará a continuación:

Fecha	Situación	Ansiedad (de 1 a 100)	Pensamientos y Temores	Resultados sociales (cómo responden los demás)

Tabla 2. Formato de auto-registros para el paciente

Fuente: Caballo (2004, p. 552)

Es importante que el paciente observe sus interacciones sociales y registre los acontecimientos con suficiente detalle, para que luego puedan ser analizadas las distintas situaciones en las sesiones de terapia. Asimismo, es necesario que el paciente tome conciencia de los pensamientos y miedos que surgen, además de darse cuenta acerca de cómo reaccionan o responden los demás frente a los mismos. Dichas observaciones pueden proporcionar la información necesaria para las técnicas de modificación cognitiva.

De antemano, el terapeuta empezaría a mediar todo adecuadamente. Es decir, empezaría a comprender las creencias negativas que otorga energía a la evitación por parte del paciente, y a identificar aquellas situaciones que son más problemáticas en su vida cotidiana. También, se hace necesario que el paciente supere su evitación conductual, empezando a analizar las situaciones problemáticas, en lugar de refugiarse en la auto-inculación automática y en el aislamiento social.

Aplicar la exposición de las conductas y situaciones provocadoras de temor:

Caballo (2004), recuerda que la exposición a las situaciones temidas constituye un elemento esencial en el tratamiento de la evitación y de la ansiedad social. En este sentido, afirma que dichas estrategias de exposición sirven para demostrar a los pacientes que sus creencias y expectativas sociales son claramente negativas. La exposición es más eficaz cuando se selecciona las situaciones por su relevancia para cada paciente, por lo que el auto-registro habitualmente realizado, proporciona la mejor información al respecto. Así que, para iniciar este proceso se agrupa las situaciones según la dimensión social y profundidad de la relación implicada. Las principales dimensiones sociales son: a). tratar con extraños, b). encuentros laborales, c). encuentros de amistad, d). situaciones románticas y e). relaciones familiares. Si bien los pacientes con características de evitación moderada pueden tener más dificultades en algunas dimensiones que en otras, es útil solicitar al paciente que analice el nivel en el que se encuentra sus problemas, para luego identificar los comportamientos exactos con los que tiene dificultades.

Al respecto, es importante tener presente que la exposición es más eficaz si la creencia o el temor están definidos con precisión. Sin embargo, el paciente podría tener problemas en varios niveles, por lo que se le anima inicialmente a identificar las creencias y preocupaciones interpersonales activadas por cada tipo de encuentro social. Posteriormente, se suscita en la identificación de las consecuencias negativas que espera el paciente de cada situación. Luego, podría observar la misma situación, para lograr verificar si sus expectativas se han confirmado. Los retos aquí son definir con precisión

el temor y elaborar actividades que proporcionen a los pacientes retroalimentación con respecto a la exactitud de sus creencias.

Así mismo, los pacientes con una evitación menos grave pueden ser capaces de empezar a exponerse pronto en el curso del tratamiento, mientras que los individuos con una evitación más grave, probablemente necesiten estrategias de apoyo y activación conductual antes de estar dispuestos a exponerse a las situaciones temidas. Es decir, es importante que se invite al paciente a seleccionar múltiples objetivos situacionales para cada semana, debido a que es más probable que el paciente se comprometa con su proceso terapéutico en la medida en que haya seleccionado cada objetivo por sí mismo de manera previa.

Entrenar en el ensayo de conducta para impulsar la confianza en sí

mismo: Caballo (2004), comparte que los pacientes con una evitación de moderada a grave les hace falta la confianza para participar en las situaciones temidas. Así que se hace necesario tratar de utilizar el ensayo de conducta al interior de las sesiones, con el propósito de impulsar la confianza en sí mismo y aumentar la probabilidad de participación en la situación, en la medida en que se experimente las consecuencias positivas de las mismas. Dicha estrategia consiste en generar una identificación de las situaciones problema, para solicitar al paciente que las represente al terapeuta desde una manera más espontánea.

Así que 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 idea es que se inicie dialogando sobre alguna situación social que le ha generado

ansiedad y se le invite a representarla en aquel momento. Se le indica además: “Representemos exactamente lo que dirías y harías. Luego, evaluemos cómo lo hiciste”. Seguidamente, cuando se haya realizado la representación, el paciente debe ser el que analice primero su comportamiento adoptado. En este sentido, si el paciente no está satisfecho con su comportamiento, se puede preguntar algo así como: “¿Qué te gustaría hacer de forma diferente la próxima vez?”. Así mismo, se invita al paciente a preguntarse esto mismo en varias ocasiones, hasta lograr una respuesta más asertiva que las anteriores. El objetivo del ensayo de conducta es aumentar la confianza por parte del paciente en sí mismo, mas no demostrar que el terapeuta puede pensar en mejorar la actuación de alguna otra forma.

6.12.3 Obstáculos: Durante los cuatro meses iniciales de terapia no se encontró obstáculos significativos; en este tiempo se intervino en las ideaciones suicidas y en los estados anímico-depresivos. Luego, al tener vacaciones en su estudio, comenzó a trabajar, y al estar casi todo el día ocupado, empezó a sentirse mejor y menos deprimido. Seguidamente, como consecuencia de la psicoterapia y de la medicación, no conseguía llevar a cabo las tareas y se alejó por un tiempo prolongado de la psicoterapia.

6.12.4 Resultado: Las ideaciones suicidas y el estado ánimo depresivo de Daniel se redujeron gradualmente en un período de cuatro meses, después de iniciada la terapia. También, se redujo el consumo de alcohol y se inició el trabajo en la disminución de la ansiedad social, las conductas de evitación y el desarrollo de las habilidades sociales. El tratamiento continúa; se viene realizando a partir de sesiones quincenales, en las cuales se ha venido aplicando el plan de tratamiento anteriormente desarrollado.

7. Descripción de las sesiones

Sesión No. 1: Entrevista Exploratoria

Objetivo: Obtener del paciente la información precisa para la identificación del problema motivo de consulta, los aspectos más relevantes del mismo y la selección del tratamiento e intervención adecuada (Russo, Barón, Mendoza, Ferrer, Vanegas y Ventura, 2015).

En la primera sesión es acompañado por la madre, quien no ingresa a la cita. Luego, en el espacio de la terapia manifiesta una presentación personal adecuada y sin alteraciones; se muestra orientado en las tres esferas, de actitud distante, con pobre contacto visual y verbal. Además, su lenguaje es claro y coherente. Habla en voz baja y se limita a responder a lo que se le pregunta.

Se inicia la entrevista preguntando a Daniel por sus antecedentes generales; edad, trabajo, estudios, el estado civil, detalles familiares, diversiones e intereses. Luego, se inicia el abordaje al problema por el cual Daniel acude a consulta. El paciente afirma que se siente muy triste, aburrido, inseguro, e inferior a los demás. Está así hace 4 meses desde que la novia con la cual estuvo un año terminó la relación. Actualmente, se percibe aislado de los demás y desmotivado con el estudio. Además, afirma que ha estado bebiendo bastante y sintiéndose muy triste, por lo cual le solicitó a la madre que

le consiguiera ayuda profesional. Seguidamente, se avanza en la sesión con la indagación de los hechos vitales recientes. En este momento el paciente narra que siempre ha sido tímido, inhibido y aislado (tanto en la escuela como en el colegio y actualmente en la universidad). También, se le dificulta establecer relaciones sociales y amistades, así como participar en clase y trabajar en grupo. 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).

Su ambiente familiar estuvo caracterizado por un padre proveedor y ausente emocionalmente y una madre muy pendiente de todas sus cosas, controladora y sobreprotectora. La historia con sus padres, unida a la sensación de aislamiento, hizo que él fuese constituyendo una creencia negativa de sí mismo, al sentirse inútil. Luego de la indagación de hechos importantes en su historia de vida, se retomó algunos temas generales para construir una idea global de toda su situación. A partir de entonces, uno de los temas que le molestaba era que a la edad que tenía seguía estudiando en la universidad y no tenía un buen trabajo.

Por consiguiente, el paciente relata que nunca había asistido al psicólogo y tampoco al psiquiatra. Contó también que no ha sufrido ni sufre ninguna enfermedad. No obstante, afirma que a veces tiene pensamientos de muerte recurrente y dice: “Debería morirme, soy un inútil”. De acuerdo a esto, se comprobó la existencia de un posible plan de suicidio y se realizó la técnica de resolución de conflictos (Beck, 2010). Esta técnica se aplicó al malestar que siente ante las dificultades que tiene en su rendimiento académico.

En este sentido, Daniel encuentra varios motivos para esforzarse por estudiar, así como estrategias para realizar los trabajos de la universidad. De ahí que se le recomienda diseñar una programación de actividades en donde tenga tiempo para estudiar y realizar las tareas académicas, salir a caminar o trotar y compartir con su madre, hermanas y sobrinas.

En la última parte de la sesión se dialogó sobre las expectativas del paciente ante la psicoterapia, explicándole que se trabajará en los estados de ánimo con los cuáles llega a consulta, así como también el tratamiento a seguir, la duración del mismo y las posibilidades de éxito. Además, se le mencionó el tema de las recaídas, de manera que esté preparado para las mismas y se le preguntó por cómo se había sentido en la sesión exploratoria, verificándose el grado de motivación del paciente para iniciar el tratamiento. Por tanto, se explica la importancia de su colaboración en el proceso tal como implica el enfoque cognitivo-conductual. Finalmente, se aprovecha para realizar una breve explicación del modelo cognitivo, mediante el hecho de enseñar el registro de pensamientos disfuncionales como una técnica para reconocer y manejar sus estados de ánimo depresivo a través de la reestructuración cognitiva y se le invita a realizar diariamente dichos registros hasta la próxima sesión.

Sesión No. 2: Primera Sesión

Objetivo: Crear confianza y dar esperanza, así como iniciar en la terapia cognitiva, instruir en el trastorno, revisar el estado de ánimo y el problema por el cual consulta, para la realización de una lista de objetivos.

Se inicia la sesión estableciendo una agenda entre paciente y psicoterapeuta; se le explica la importancia de tener un orden para la sesión construido por ambos. Por esto se le pregunta si tiene algún tema que quisiera abordar en esta sesión.

Seguidamente, se aplica el test BDI-II y el de Desesperanza de Beck, obteniendo 28 (Depresión moderada), y 20 respectivamente. Se remite a psiquiatría también por los pensamientos recurrentes de muerte e ideaciones suicidas sin plan determinado para la respectiva evaluación y el apoyo farmacológico con antidepresivos para el insomnio de conciliación.

Por otro lado, se trabaja las ideaciones suicidas para la situación en la que está caminando por una estación de metro y se le ocurre llamar a la hermana, quien lo tranquiliza. Se aplica *el tratamiento de la desesperanza* (Beck, 2010), explicándole que es posible que él acabe los estudios y consiga un trabajo de manera que pueda sostenerse y ayudar a su familia. Sin embargo, por ahora será importante ser constante en los estudios y terminarlos con el fin de aplicar a distintos trabajos. En este momento se le pide que escriba en una hoja distintas capacidades y habilidades que él posee, luego se le explica lo importante que es abrirse a otros pensamientos sobre sí mismo que completen una visión real, objetiva y positiva de sí. Seguidamente, se informa acerca de la importancia de abrirse a distintas posibilidades y alternativas sobre su trabajo y sobre sí mismo, además se le explicó que podría apoyarse en la ayuda incondicional de su familia.

En esta fase de la sesión, el paciente también relató que se ha estado sintiendo igual de triste e inútil, al igual que bastante aislado de sus compañeros de estudio. Luego, se identificó los siguientes problemas: ideaciones suicidas, estado anímico

depresivo, consumo de alcohol, ansiedad social y conductas de evitación; las mismas que conforman los siguientes objetivos: Eliminar ideaciones suicidas, disminuir depresión, reducir el consumo de alcohol, disminuir ansiedad social y disminuir conductas de evitación.

Posteriormente, se le preguntó al paciente por sus expectativas respecto a la terapia y se aprovechó para explicarle cómo son interpretadas las distintas situaciones o acontecimientos de la vida cotidiana que afectan su manera de sentirse y comportarse. En este sentido, se recuerda aquello enseñado por Beck (2000): “Los sentimientos de las personas están asociadas con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten” (p. 32).

Así que se le otorga al paciente una breve explicación de lo que es la depresión y se le enseñó a elaborar la primera parte del registro de pensamiento disfuncional como una herramienta importante para aprender a manejar sus estados anímicos y particularmente los depresivos (psico-educación). Luego, se estableció como tarea, realizar registros de pensamiento disfuncional cada vez que sienta una emoción negativa intensa.

Al finalizar la sesión, se resume la misma, recordando lo importante que es acudir a psiquiatría, los pensamientos alternativos de la muerte y el cumplimiento con las tareas para la casa. Aquí el paciente señala que le gustó la sesión y que le queda claro la tarea y las recomendaciones al respecto.

Sesión No. 3 Segunda Sesión

Objetivo: Revisión de ideaciones suicidas, estados anímicos depresivos y estrategias y tareas para la disminución de las mismas; información sobre la ansiedad social y revisión de evaluación psiquiátrica y medicación.

El paciente acude a la psicoterapia ubicado en las tres esferas y con un lenguaje fluido. Así que se inicia la sesión preguntándole si tiene algún tema que quiere que se incluya en la agenda presente. Seguidamente, se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, (siendo 10 una representación de un estado depresivo y 0 estado eutímico), así que responde con una evaluación de 7 para su estado anímico, tristeza, soledad, aislamiento y creencia de inutilidad.

Posteriormente, el paciente contó que le había ido muy bien en psiquiatría, trayendo además su historia clínica con dos diagnósticos: episodio de depresión mayor y trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol: Uso Nocivo; su medicación fue con Escitalopram MK en ascenso progresivo, inicialmente hasta 10 mg y luego se considerará ascenso además de Trazodona para dormir.

Luego, se revisó los distintos registros de pensamientos automáticos realizados; insistiendo en la importancia de la reestructuración cognitiva, en la misma se halla pensamientos de inutilidad, desamparo e infelicidad; los que generan estados de ánimo depresivos. Se le sigue entrenando en el uso en dicha técnica para reducir la depresión. También se encuentra distintos pensamientos que le impiden trabajar en grupo y socializar en la universidad. Por este motivo, se realiza una lista de chequeo sobre los distintos síntomas caracterizados por el DSM-5 para el trastorno de ansiedad o fobia social, cumpliendo con la mayoría de síntomas, por tanto se realiza psico-educación

sobre dicho trastorno. Por otro lado, comenta que esta semana pasó muy aburrido y triste, pero que no tuvo ideaciones suicidas, se vuelve a realizar en la sesión la técnica de resolución de conflictos (Beck, 2010). Esta técnica se aplica al malestar que siente luego de que se fue de clases porque el profesor los puso a trabajar en grupos. Asimismo, se le explicó que en la psicoterapia poco a poco aprendería a manejar su ansiedad social y sus conductas evitativas. Por lo que el sólo hecho de asistir a psicoterapia y tomar sus medicamentos, son apenas un medio para resolver distintos conflictos y problemas presentados en la vida cotidiana. Se le invita a pensar y reflexionar en distintas alternativas para enfrentar y solucionar situaciones problema, y se alienta a participar del grupo de rock al que pertenece, así como a trabajar en la promoción del mismo buscando más presentaciones.

En la sesión se le pide a Daniel elaborar una lista de actividades potencialmente agradables (Beck 2010). Luego, se propone establecer una prioridad entre todas las actividades escritas; hasta llegar a una o dos. En el caso de Daniel, él manifestó que lo que más le agrada es ensayar con el grupo de Rock, dijo que ensayan dos veces por semana. Así que se le invitó a promover el ensayo una tercera vez, percatándose de su estado anímico mientras ensaya con el grupo. Esto se deja de tarea para la próxima sesión. También, se plantea como tarea organizar un horario o programación de tareas diarias y semanales (Beck, 2010), continuando al mismo tiempo con los registros de pensamiento disfuncional (encontrando las distorsiones cognitivas).

Sesión No. 4: Tercera Sesión

Objetivo: Seguir reduciendo el estado anímico/depresivo, empezar con estrategias para reducir el consumo de alcohol; inicio de trabajo en el aislamiento social y en la ansiedad social.

El paciente acude a la sesión ubicado en las tres esferas y con lenguaje fluido. Manifiesta que ha estado tomando la medicación recetada por psiquiatría y que ha podido dormir mejor durante la semana. Así que se inicia la sesión preguntándole si tiene algún tema que quiere incluir en la agenda, respondiendo que quería hablar sobre su consumo de alcohol y aislamiento en la universidad.

Para esto, se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, (representando 10 un estado depresivo y 0 un estado eutímico), por lo que evalúa su estado de ánimo en 7 (con tristeza, soledad, aislamiento y creencia de inutilidad). Seguidamente, se revisó los distintos registros de pensamiento realizados, en donde se encuentra pensamientos de inutilidad y desamparo, además de las siguientes distorsiones cognitivas: filtraje, etiquetaje, sobre-generalización y minimización. A través de esta técnica se le enseña al paciente a reconocer sus pensamientos automáticos e identificar sus distorsiones cognitivas, así como ponerlas a prueba mediante 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 del DSM-5 del trastorno, comprobándose que, efectivamente los síntomas aplican para el paciente. Por tanto, se logra confirmar los objetivos terapéuticos iniciales y se añaden algunos: Eliminar ideaciones suicidas; disminuir la depresión; reducir el consumo de alcohol;

disminuir la ansiedad social; disminuir las conductas de evitación; desarrollar habilidades sociales; disminuir insomnio y modificar la creencia de inutilidad.

Posteriormente, se abordó el aislamiento social en la universidad, tema sugerido por Daniel, mediante la presentación de una charla y ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales (Caballo, 1997). Seguidamente, se le mostró los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales más importantes para la conducta de quienes son socialmente habilidosos. De esta manera, se establece las bases para una comunicación asertiva. Ahora bien, para abordar el tema de la ansiedad social se le entrenó en la relajación progresiva de Jacobson (Caballo, 1997) y se revisó si había tomado alguna iniciativa para que el grupo o banda de Rock tuviese más presentaciones; a lo que el paciente informó que generó un Fan Page en el Facebook, desde el cual está en la tarea de difundirlo, además mandó diseñar e imprimir tarjetas de presentación para la banda. Sin embargo, sobre el hecho de promover más ensayos en la banda, informó que a varios de los integrantes de la misma les queda difícil, por lo que él sí ha comenzado a ensayar 2 días de manera personal.

Por otro lado, se revisó los estados de ánimo registrados cuando ensaya con la banda o de manera personal. En la sesión se le pide que califique cada una de las actividades según lo que Beck plantea como *dominio y agrado*. Por *Dominio* entiéndase el grado de perfección realizado en la ejecución de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión. Mientras que el *Agrado* se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. Luego, se le solicitó el horario o programación de tareas semanal que se le había dejado como tarea al paciente, pero Daniel no había

realizado el horario o programación de sus actividades. Así que se optó por realizar el horario de la próxima semana en la sesión.

Seguidamente, se inicia la aplicación de Habilidades de Afrontamiento para la conducta de beber (Caballo, 1998). Luego, se inicia con la fase de evaluación, aplicando el *Cuestionario de expectativas sobre el alcohol* y el *Inventario de las situaciones de bebida*. Por último, se deja como tareas las siguientes: registros de pensamientos disfuncionales con distorsiones cognitivas, ejercitarse en la relajación 5 veces por semana, aplicar el horario o programación de actividades hecho en la sesión y realizar los ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales.

Sesión No. 5 Cuarta Sesión

Objetivo: Seguir reduciendo estado anímico depresivo; trabajar en habilidades sociales; revisión de ejercicios de relajación; iniciar la aplicación de Habilidades de Afrontamiento para la conducta de beber.

El paciente acude a la sesión ubicado en las tres esferas y con lenguaje fluido, manifiesta que ha estado tomando la medicación recetada por psiquiatría y que ha podido dormir más y mejor esta semana. Luego se le pregunta si tiene algún tema que quiere que incluyamos en la agenda de la presente.

Así que se realiza un breve control del estado de ánimo de manera subjetiva, por medio de la escala de 0 a 10, (10 representa un estado depresivo y 0 estado eutímico), evaluando su estado de ánimo en 7, con tristeza, soledad, aislamiento y creencia de inutilidad. Luego, se revisó los distintos registros de pensamientos realizados,

encontrándose pensamientos de inutilidad y desamparo, además de las siguientes distorsiones cognitivas: filtraje, etiquetaje, sobre generalización y minimización.

De la mano con lo anterior, se revisó la ejecución de los ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales y se le presentó una Charla sobre la diferencia entre conducta pasiva, agresiva y asertiva (Caballo, 1997). Luego, se revisó la práctica de la relajación progresiva de Jacobson, respondiendo que la ha estado realizando de 4 a 5 días a la semana. Así que se le recomendó utilizarla de manera cotidiana cuando sienta angustia o miedo en algunas circunstancias, sobre todo en las sociales.

Además, se revisó la ejecución del horario o programación de tareas semanal que se le había escrito en la sesión pasada. En este momento, Daniel afirmó que le sirvió para estar más organizado y atento a las distintas actividades de la semana. Posterior a esto, se revisa los resultados del *Cuestionario de expectativas sobre el alcohol* y del *Inventario de las situaciones de la bebida*, identificando situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol. A partir de esto, se puede evaluar también la autoeficacia que son expectativas de control específicas a la situación. Ante esta identificación de situaciones, se enseñan habilidades de afrontamiento anticipatorias, por medio de los cuales los pacientes pueden preparar sus respuestas cognitivas y conductuales en anticipación a las situaciones problema (Caballo. 1998).

Por último, se deja como tareas las siguientes: registros de pensamientos disfuncionales con distorsiones cognitivas y diálogo socrático; ejercitarse en la relajación 5 veces por semana; aplicar el horario o programación de actividades semanal; realizar un perfil personal sobre sus conductas y habilidades sociales (en

cuanto a las conductas: agresivas, pasivas y asertivas) y practicar habilidades de afrontamiento anticipatorias de consumo de alcohol.

8. Marco conceptual de referencia

Para el presente estudio de caso se hará énfasis en el Trastorno de Personalidad por Evitación dado que es el diagnóstico principal y luego se realizará una sintética aproximación al trastorno depresivo mayor.

8.1 Trastorno de Personalidad por Evitación

8.1.1. Antecedentes históricos: Fue Millon (1969) quien acuñó por primera vez la expresión *personalidad evitativa* (Beck, et. al., 2005), como una designación descriptiva de las personas que, en palabras de Millon (1998), se caracterizan por su aversión activa a las relaciones sociales.

La formulación del Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE) de dicho teórico, se basa en la Teoría del Aprendizaje Social, en donde la descripción de este tipo de personalidad consistía en la de una persona que presentaba una pauta de “aislamiento activo” como respuesta al “miedo y desconfianza hacia los demás” (Beck, et. al., 2005, p. 332). En este orden de ideas, la primera descripción que se aproxima al carácter activamente desapegado y típico de la personalidad evitadora, la presentó Bleuler en 1911, desde su formulación inicial del concepto de esquizofrenia (Caballo, 2004, 194 p.).

Otra descripción temprana la presentó Schneider (1923-1950), cuando presentó la Personalidad Asténica, la cual coincide en algunos aspectos con la constelación de rasgos de la Personalidad Evitativa. En este sentido, Kahn, (citado por Caballo, 2004), estableció algunas características pertinentes para hablar de este tipo de trastorno de la personalidad. De esta manera, el autor plantea lo siguiente:

La experiencia fragmentaria de este tipo de pacientes y en su limitado objetivo de la ego-protección, como una meta fundamental en el proceso terapéutico (...)

La Personalidad Evitadora se niega a actuar y a enfrentar los peligros del ambiente (...) prefiriendo vivir fuera de las luchas de la vida, como podría ser una isla bien protegida (p. 195).

Por otro lado, los psicoanalistas tradicionales han utilizado la etiqueta de *esquizoide* para representar lo que hoy en día se denomina Personalidad Evitadora. Por otro lado, Reich (citado por Caballo, 2004), hablaba de ella como: “El carácter que se erige a sí mismo como una dura muralla protectora contra la ansiedad infantil y, de este modo, se mantiene a sí mismo, a pesar de la pérdida de la alegría de vivir que ello conlleva” (p. 82-83). De forma análoga, también lo abordó Menninger (citado por Caballo, 2004), utilizando los términos de *personalidades aisladas*.

Se puede encontrar en Karen Horney (citado por Caballo, 2004) una perspectiva más cognitiva, quien describió a la persona como *interpersonalmente evitativa*, más de 40 años antes de la formulación del DSM-III-R. Así que es importante mencionar que la Personalidad Evitadora fue concebida en el DSM-III, teniendo sus orígenes en la Teoría del aprendizaje bio-social y, siendo descrita también como el patrón de personalidad que representaba un estilo de afrontamiento de aislamiento activo (Millon, 1998, p. 270).

Además, fue Millon quien presentó en 1975 las características clínicas y los criterios diagnósticos siguientes al subcomité de trabajo del DSM-III, para la personalidad como parte inicial del trabajo sobre el Síndrome de Evitación. En este mismo orden de ideas, Millon (1998), analiza que el DSM-III-R modificó la caracterización presentada en el DSM-III en un esfuerzo por describir el trastorno en relación con la descripción psicoanalítica del carácter fóbico. Con esta intención, se eliminaron algunas características centrales de la caracterización del DSM-III y se añadió otras características para resaltar las cualidades fóbicas que tipifican de forma ostensible el tipo de Personalidad Evitadora. Estos cambios resultaron problemáticos y volvieron a cambiarse en el DSM-IV, así como en el CIE-10.

Benjamin (citado por Caballo 2004), ofrece una perspectiva interpersonal sobre el Trastorno de la Personalidad por Evitación (TPE), siendo el sujeto con evitación un paciente que:

Sufre un intenso temor a la humillación y al rechazo. En consecuencia, para evitar el ridículo inesperado, el sujeto con evitación 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. En ocasiones, el sujeto con evitación pierde el control y explota con indignación violenta (p. 297).

En este sentido, una descripción de orientación más biológica, basada en la perspectiva de Siever y Davis (citado por Caballo, 2004), sobre los trastornos de personalidad, propone a esta situación como una *ansiedad/inhibición*. Ambos autores describen lo siguiente al respecto:

La ansiedad/inhibición puede definirse como los concomitantes subjetivos y fisiológicos de la anticipación de un peligro futuro o de las consecuencias aversivas de la conducta actual, como p. ej., el castigo. La ansiedad patológica puede estar basada en la sensibilidad excesiva al castigo. El individuo ansioso está así, más dispuesto a interpretar los acontecimientos ambientales como amenazantes y a manifestar una reacción excesiva ante estímulos que otros pueden encontrar relativamente inocuos (p. 197).

8.1.2 Criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por evitación

8.1.2.1 Modelo categorial del DSM-5: El TPE se caracteriza por un patrón dominante de inhibición social, 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 hechos:

Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo; se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado; se muestra retraído en las relaciones estrechas, debido a que teme que lo avergüencen o ridiculicen; le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales; se muestra inhibido 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 (American Psychiatric Association, 2014, p. 672-73)

8.1.2.2 Modelo Dimensional del DSM-5: Se presenta un 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:

Identidad: Baja autoestima asociada con la auto-evaluación como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior, y sentimientos excesivos de vergüenza.

Auto-dirección: Estándares poco realistas de comportamiento, asociados con la renuencia a perseguir sus objetivos, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que implique contacto interpersonal.

Empatía: Preocupación y sensibilidad a la crítica o al rechazo, asociada a la inferencia negativa y distorsionada de las interpretaciones hechas por los demás.

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

Además, de acuerdo con American Psychiatric Association (2014), muestra tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad:

Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, como reacción a las situaciones sociales; se preocupa por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y las posibilidades futuras negativas; sentimiento de miedo o amenaza ante la incertidumbre; temor a la vergüenza.

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

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.

Evitación de la intimidad (un aspecto del desapego): evita las relaciones interpersonales íntimas o románticas, el apego interpersonal, y las relaciones sexuales íntimas (p. 765-66).

8.1.3 Diagnóstico Diferencial

8.1.3.1 Trastornos de Ansiedad: Caballo (2004), afirma que: “El solapamiento existente entre el TPE y otros trastornos tal como aparecen en el DSM-IV.TR puede llegar a ser considerable” (p. 205). Además de mencionar a la fobia o ansiedad social, señala que la evitación también caracteriza al trastorno de pánico con agorafobia y, a menudo, tienen lugar al mismo tiempo.

En este mismo sentido, se sabe que para el DSM-5, la ansiedad social y el trastorno de personalidad por evitación son dos trastornos diferentes. Aunque el debate siga latente, se asume la postura actual propuesta por el DSM.

8.1.3.2 Otros Trastornos de Personalidad: En el DSM- 5 (2014), se encuentra que se puede confundir con otros trastornos de personalidad, porque tiene ciertas características en común. Por lo que es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Es decir, si un individuo tiene características de personalidad que cumple los criterios para uno o más trastornos de la personalidad,

puede diagnosticarse todos en un primer momento. En este sentido, la persona con Trastorno de Personalidad por evitación como quien es dependiente, se caracterizan por sentimientos de incompetencia, hipersensibilidad a la crítica y una alta necesidad de reafirmación. Asimismo, el objetivo principal de la preocupación en el evitativo es eludir la humillación y el rechazo, mientras que en el dependiente la preocupación se centra en ser atendido y cuidado.

Por otro lado, en las personalidades evocativa, esquizoide y esquizotimia hay una característica común por el aislamiento social. Es decir, las personas con TPE prefieren no relacionarse con los demás y sienten profundamente su soledad, mientras que los esquizoides o esquizotípicos pueden alegrarse e incluso preferir su aislamiento social. Seguidamente, el paranoide y el evitativo se caracterizan por la reticencia a confiar en los demás; mientras que en el evitativo, existe un temor a ser avergonzado o a que le encuentren, en el paranoide hay un evidente temor por enfrentarse a las malas intenciones de los demás.

En general, muchas personas presentan rasgos de personalidad evitativa, pero sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, persisten y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituye un Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE). Simultáneamente, el cambio de la personalidad debido a otra afección médica, se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central (SNC). Así que el Trastorno de la Personalidad por Evitación (TPE) también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias psicoactivas.

8.1.4 Comorbilidad en el Trastorno de Personalidad por Evitación: Millon (1998), afirma que las diferentes comorbilidades de la Personalidad Evitativa (PE) son también las que encontramos con más frecuencia en otras personalidades. El TPE está asociado a otros trastornos de la personalidad, tales como: esquizoide, dependiente, paranoide, esquizotípico y límite. Al respecto, Millon (1998), afirma 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” (p. 284).

Este mismo autor comenta 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 (PE) exhiben síndromes hipocondriacos, 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. Así que las personalidades evitadoras (PE) muestran también una gran variedad de trastornos de conversión (desde tics menores, anestias sensoriales generalizadas y parálisis motoras, hasta la pérdida total de la visión o la audición).

Millon (1998), señala que las personalidades evitadoras (PE) experimentan formas variadas y frecuentes del Trastorno Disociativo, en donde los sentimientos de extrañeza pueden aparecer como una maniobra protectora para disminuir el impacto de la estimulación excesiva o el dolor de la humillación social. Estos síntomas también reflejan el devaluado sentido de Sí mismo que tienen estos pacientes. Por esta razón, la persona evitativa intenta amortiguar y suprimir sus emociones, a pesar de sus esfuerzos en este sentido, estos pacientes suelen experimentar depresiones mayores, un sentimiento de profunda tristeza, vacío y soledad. Incluso, muchos de estos pacientes, ansían el afecto y la aprobación que les ha sido negada.

8.1.5 Prevalencia, curso y desarrollo: Según el DSM-5, la prevalencia es alrededor del 2,4%, un valor que, según Caballo, (2004): “Parece distribuirse por igual en hombres y mujeres “(p. 205). Sin embargo, su distribución pudiera ser similar a la fobia social, produciéndose esta igualdad en las muestras clínicas, pero siendo algo superior en las mujeres cuando se trata de una población general.

Ahora bien, en cuanto al origen de este trastorno, en el DSM 5 (2014), se dice que: “La conducta de evitación, a menudo comienza en la infancia o en la niñez temprana, presentándose con rasgos de timidez, aislamiento y miedo a los extraños o a las situaciones nuevas” (p. 674).

Por otro lado, las personas que llegan a desarrollar el Trastorno de la Personalidad por Evitación (TPE) pueden tender a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana. Es decir, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes. A este respecto, los componentes que pueden llegar a predisponer la ocurrencia de este tipo de trastorno

estaría en la infancia, expresados en características de comportamiento que se consolidan con el paso de la edad (Caballo, 2004).

8.1.6 Etiología: La etiopatogenia del TPE es desconocida, pero probablemente inciden en este trastorno tanto determinantes biológicos como ambientales. Así como en el caso de los factores que originan los Trastornos de Ansiedad y la Evitación Social: factores genéticos, factores familiares, factores ambientales y factores del desarrollo.

8.1.6.1 Factores genéticos: Según Caballo (2004), lo que se hereda es una predisposición general para la ansiedad, más que una transmisión genética para trastornos específicos de ansiedad y el TPE. No obstante, la inhibición conductual podría ser un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de problemas de interacción social, dependiendo de la facilitación ambiental. Además, las prácticas educativas de los padres pueden producir grandes diferencias a largo plazo en las consecuencias de la inhibición conductual. Por lo que no solamente la sobreprotección favorece el mantenimiento de temores, sino que también el modelado, por parte de padres que son también temerosos, constituye un segundo mecanismo por medio del cual el rasgo temperamental de la inhibición conductual puede ser mantenido y amplificado a lo largo del desarrollo del niño, para acabar manifestando en la adolescencia un TPE.

8.1.6.2. Factores Familiares: Hudson y Rapee (citados por Caballo, 2004), señalan tres aspectos importantes para la transmisión familiar en la génesis y desarrollo del TPE: estilos de crianza de los padres, modelado parental de la ansiedad social y la limitada exposición a situaciones sociales. Dichos autores señalan que las personas con

problemas de ansiedad y evitación social expresan que perciben a sus padres como sobreprotectores, indiferentes, poco afectuosos, controladores y autoritarios.

8.1.6.3. Factores Ambientales: Se hace referencia a factores extra-familiares. Por ejemplo, experiencias sociales traumáticas, tales como: provocar una risa burlona en los pares, cometer un error en situaciones de exposición ante los demás, salir al frente en la clase, tener una primera cita, hablar en público o participar en una fiesta (Caballo 2004). También, el rechazo de los iguales y, por consiguiente, el aislamiento social, son factores que están asociados al TPE y a la fobia social en general.

8.1.6.4. Factores de Desarrollo: Caballo (2004), afirma que desde muchas fuentes diferentes se sostiene que los problemas de ansiedad y evitación social se cristalizan en trastornos de naturaleza social durante el período de la adolescencia. Es en este momento de la vida cuando se inicia en forma categórica las demandas de la comunidad en general por falta o necesidad en el desarrollo de las habilidades sociales de los jóvenes para que encuentren su lugar al interior de un determinado y bien consolidado sistema social.

8.1.7. Características del Trastorno de Personalidad por Evitación

Aspectos conductuales: Aislamiento social activo; comportamiento frío, distante y tenso con aquellos que no conoce; bastante callados, de discurso lento y parsimonioso; conductas habitualmente controladas e hipo activas, pero con algunos movimientos rápidos y bruscos en situaciones estresantes que no controlan; temor e intranquilidad observable ante situaciones desconocidas; están en vigilancia y alerta constantes antes las amenazas potenciales, siendo agudos observadores de los menores indicios de rechazo y desaprobación; se distancian de las situaciones

sociales que propicien interrelaciones estrechas; torpes, rígidos y reservados en situaciones sociales nuevas, con mucha gente o poco estructuradas; ponen a prueba a los demás para ver si pueden confiar en ellos; búsqueda de privacidad; reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla; personas de hábitos fijos; introvertidos, tímidos, desconfiados.

Aspectos cognitivos: Se desbordan con detalles ambientales irrelevantes; interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores; hipervigilante ante los sentimientos e intenciones de los demás, especialmente los indicios de rechazo o desaprobación; preocupación por la crítica y miedo al rechazo social; búsqueda de aprobación por parte de los demás; baja autoestima al devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos; muy conscientes de sí mismos; sentimientos de inadecuación social y personal; preocupados por parecer sumisos, torpes e incompetentes a nivel social; temor a hacer el ridículo, a ser humillados, a las situaciones embarazosas; reacios a involucrarse en riesgos personales; exageran los riesgos asociados a nuevas actividades, gran imaginación y capacidad para la fantasía.

Aspectos emocionales: Baja tolerancia al dolor físico y psicológico; temerosos y ansiosos ante situaciones y personas desconocidas; altibajos emocionales; sentimientos de vacío, despersonalización, soledad y tristeza; hipersensibles al rechazo.

Aspectos fisiológicos y médicos: Problemas neuromusculares; problemas del aparato digestivo; tensión constante en situaciones sociales nuevas o con mucha gente.

Variados síntomas de ansiedad en situaciones sociales (palpitaciones, rubor, sudoración, etc.).

8.1.8. Perfil cognitivo del Trastorno de Personalidad por evitación: Beck, Freeman, Davis, et. al. (2005), proponen lo siguiente:

Creencias Nucleares: “No me puede querer nadie” y “Soy vulnerable (a las experiencias negativas)”.

Supuestos Condicionales: “Si oculto mi verdadero yo, pareceré aceptable a los demás. Si muestro mi verdadero yo, me rechazarán” y “Si tapo mis emociones, estaré bien. Si empiezo a sentirme mal, no lo toleraré”.

Estrategias Compensatorias: Evita iniciar conversaciones, llamar la atención sobre uno mismo, revelarse a los demás; evitar pensar acerca de las cosas que le ponen disfórico; evitar emociones negativas cuando sea posible, a través de distracciones y evitación de situaciones sociales; evitar ser asertivo frente a los demás, desagradar a los demás, confrontarse.

SITUACIÓN	P. A.	SIGNIFICADO P. A.	EMOCIÓN	CONDUCTA
Pensar acerca de la fiesta a la cual ha sido invitado.	“No tendré nada que decir. Nadie querrá estar conmigo. Lo pasare fatal.”	“No le puedo gustar a nadie.”	Ansiedad, tristeza	Se queda en casa.

Tabla 3. Autorregistro del paciente

Fuente: Freeman (p. 336)

Asimismo, Caballo (2004), propone distintos esquemas, distorsiones y pensamientos desadaptativos que son característicos del Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE):

Pensamientos Automáticos	Distorsiones Cognitivas	Esquemas
“Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y en las situaciones sociales”	Etiqueta global	Infravaloración
“Todo el mundo es potencialmente crítico, indiferente, despectivo o puede rechazarme.”	Sobre generalización	Búsqueda de aprobación
“No tolero los sentimientos desagradables.”	Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
“Si los demás se acercan a mí descubrirán mi yo ‘real’ y me rechazarán.”	Adivinación del pensamiento	Infravaloración
“Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.”	Baja tolerancia a la frustración	Búsqueda de aprobación
“Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables.”	Afirmaciones de debería Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
“Si siento o pienso algo desagradable debo intentar apartarlo de mi mente o distraerme.”	Afirmaciones de debería Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
“Debo evitar las situaciones en las que atraigo la atención, o ser lo menos llamativo posible.”	Afirmaciones de debería	Infravaloración
“Si otros me critican es que tienen razón.”	Inferencia arbitraria	Infravaloración

“Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fracasar.”	Baja tolerancia a la frustración	Vulnerabilidad al dolor
“Si no pienso en un problema no tengo que hacer nada al respecto.”	Razonamiento emocional	Vulnerabilidad al dolor
“Cualquier signo de tensión una relación indica que va mal; por lo tanto debo cortarla.”	Razonamiento emocional	Vulnerabilidad al dolor

Tabla 4. Esquemas, pensamientos y distorsiones del TPE

Fuente: Caballo (2004, p. 202)

8.1.9 Distintos tipos de Trastorno de Personalidad por Evitación

8.1.9.1. El Evitador con conflictos: El comportamiento de estas personalidades es la lucha que mantienen entre el deseo por distanciarse de los demás y el temor a ser totalmente independientes. Los evitadores con conflictos desearían acercarse a la gente y demostrar afecto, pero anticipan un dolor intenso y una gran disolución. Además, un elemento que complica las relaciones interpersonales íntimas es una autoestima muy baja. Por tanto, cualquier esfuerzo por avanzar hacia la independencia se ve limitado por el temor a fracasar y la sensación humillante que esto acarrearía. Por último, aunque no les queda más remedio que depender de personas e instituciones, este comportamiento les provoca un resentimiento profundo.

8.1.9.2. El Evitador hipersensible: El comportamiento de estos pacientes se caracteriza por la irritabilidad y dificultad de trato, un estado de hipervigilancia hacia los signos de rechazo y abuso, y una fatiga que deriva en malhumor y en actitudes de extrema desconfianza hacia los demás. Además de la aprensión hacia todo, experimentan estados

de ánimo intensos y variables, manifestados mediante períodos prolongados de auto desprecio y tensión nerviosa constante.

8.1.9.3. El Evitador fóbico: Cuando se enfrentan con el objeto fóbico, estas personalidades evitadoras pueden experimentar un sentimiento de impotencia hacia las fuerzas que parecen surgir de su interior y un sentimiento intenso y pavoroso de terror y desorganización. A continuación, 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.

8.1.9.4. El Evitador interiorizado: Este tipo de personas se encierran más y más en sí mismos, como medio de evitar el malestar que les produce el hecho de relacionarse con los demás. Al hacer esto, se descubren a sí mismos cada vez más conscientes de los contenidos psíquicos de su mundo interior. A pesar de que han utilizado la fantasía en las etapas iniciales para hacer su vida más soportable, llega un momento en que estas fantasías pierden efecto y empiezan a darse cuenta de que encerrarse en sí mismo sólo les lleva a centrar sus pensamientos en la miseria de sus vidas y en el dolor o angustia de experiencias pasadas. Por último, aunque puedan ir superando las dificultades de los contactos sociales y la humillación personal, no consiguen evitar su tormento interno.

8.1.10. Proceso de Auto-perpetuación: Millon (1998), afirma que: “El estilo de afrontamiento del evitador es esencialmente negativo” (p. 293). 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 las dificultades del evitador:

8.1.10.1. 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. Circunscribiendo notablemente su vida, eliminan la posibilidad de la experiencia correctora que les permita ver que no todo está perdido y que existen buenas personas que no tienen intención alguna de humillarles ni rechazarles. Por esta razón, una consecuencia de aislarse de los demás es acabar centrados en sus propios pensamientos e impulsos. De esta manera, se encontrarán limitados en su mundo interior de estímulos, rumiarán constantemente sobre su pasado, con todo el malestar que esto conlleva cada vez más.

8.1.10.2. Comportamientos temerosos y suspicaces: Los comportamientos de distanciamiento y desconfianza no sólo les apartan de los demás, sino que evocan reacciones recíprocas de desafiliación y rechazo. Además, una actitud que comunica debilidad, temor y falta de seguridad atrae invariablemente a las personas que disfrutan despreciando y ridiculizando a los demás. Por tanto, la postura vacilante, la suspicacia y las actitudes de auto-desprecio del evitador, tenderán a evocar respuestas interpersonales que les conducen a más experiencias de humillación, condena y censura. Es decir, tenderán a realizar una repetición de su pasado.

8.10.1.3. Hipersensibilidad emocional y perceptiva: Las personalidades evitadoras están dolorosamente atentas a los signos de rechazo, humillación y desprecio. Estos pacientes detectan la mayoría de los indicios mínimos de indiferencia o enfado por parte

de los demás y hacen de los sucesos más banales una montaña de ridículo y censura. Asimismo, son increíblemente sensibles para detectar y agrandar incidentes triviales, e interpretarlos como indicadores de rechazo y burla. Esta hipersensibilidad funciona bien al servicio de la autoprotección, pero les va hundiendo cada vez más como personas.

8.10.1.4. Interferencia intencional: Los evitadores deben oponer resistencia al flujo de estímulos amenazadores que registran como consecuencia de su hipersensibilidad emocional y perceptiva. Por lo que para asegurarse una cierta tranquilidad personal, se implican constantemente en una serie de reinterpretaciones y digresiones cognitivas. Pueden bloquear activamente, destruir y fragmentar sus propios pensamientos, intentando desconectar las relaciones existentes, los significados que atribuyen a sus percepciones y los sentimientos que experimentan en respuesta a éstas. A su vez, defensivamente, destruyen de forma intencionada la claridad de sus pensamientos, introduciendo distracciones irrelevantes, ideas tangenciales y emocionales discordantes.

8.1.11. Intervención

8.1.11.1. Focos y Objetivos de Intervención: Beck, Freeman, Davis, et. al. (2005), afirman que:

Los pacientes con TPE desean acercarse a otras personas, pero por lo general tienen pocas relaciones sociales, en particular pocas relaciones íntimas. Temen iniciarlas o responder a la iniciativa de otros que quieren relacionarse con ellos, porque están seguros del rechazo final y tal rechazo es visto como insoportable (p. 335).

En este contexto, resulta fundamental disminuir la evitación emocional y cognitiva, haciendo que el paciente enfrente las distintas situaciones en las que tiene pensamientos automáticos que le producen disforia. También es importante eliminar suposiciones, atribuciones y auto-verbalizaciones, asociadas frecuentemente con la ansiedad social. Se trata también de disminuir la ansiedad asociada con los encuentros sociales problemáticos, a través del Entrenamiento en Relajación con o sin desensibilización sistemática. También es importante desarrollar habilidades sociales y asertividad en la toma de decisiones.

8. 1.11.2. Evaluación del Trastorno de personalidad por evitación: Almeida (2016), en la revisión que hace sobre distintos instrumentos de evaluación sobre el TPE afirma que:

En cuanto a los instrumentos de evaluación, gran parte de los trabajos utilizan el SCID-I y el SCID-II para comprobar que los pacientes cumplen los criterios de TPE. Otras evaluaciones frecuentemente utilizadas son: BDI: Beck Depression Inventory, (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) así como diferentes cuestionarios que miden ansiedad social. Cabe destacar, que, uno de los estudios (Alden & Capreol, 1993) empleó el IIP-C: Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales, (Alden et al., 1990). Dicho inventario, además de ser útil para realizar la evaluación, permite ajustar el tratamiento a los problemas interpersonales de los pacientes (p. 31).

Dicha revisión confirma lo comentado por Caballo (1998), cuando 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.

A este respecto, Caballo (2004), comenta que una forma de acercarse a medir un TPE es hacerlo 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” (p. 349).

8.1.11.3 Distintos enfoques de intervención en el Trastorno de personalidad por

evitación: Terapia cognitiva del Trastorno de Personalidad por Evitación: Beck, Freeman, Davis, et. al. (2005), proponen el empleo de la terapia cognitiva tradicional para personas con TPE. Además, es adecuado emplear los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar (Caballo, 1998).

Dichos autores plantean que la identificación de pensamientos automáticos se debe de realizar durante las primeras fases de la entrevista, o en cualquier momento de la sesión. Esto puesto que no es extraño a que las personas con personalidad evitativa se le dificulte hacer las tareas y realizar los registros de pensamientos automáticos en su casa, puesto que evitan sentirse mal, ellos muchas veces evitar también pensar mal de sí mismos. Dicha evitación emocional y cognitiva debe ser trabajada en consulta con la representación e inversión de papeles entre psicoterapeuta y paciente para evocar pensamientos automáticos disfuncionales y realizar la reestructuración cognitiva. Paciente y terapeuta pueden evaluar dichas cogniciones intensas y negativas para trabajar la tolerancia ser paciente antes dichas emociones.

También el entrenamiento en habilidades sociales es necesario, con el fin de que tengan una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Así que en la psicoterapia se identifica y comprueba los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Finalmente, para Beck y Freeman (2005), la última fase de la terapia es la prevención de las recaídas, ya que los pacientes con TPE suelen recaer fácilmente en la evitación. Aquí se utilizan distintas técnicas o ejercicios cognitivos y conductuales

Tratamiento farmacológico: Caballo (2004), afirma que: “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” (p. 213). Se utiliza también para las ocasiones en las que se presenta irascibilidad y enfado por la sobre activación del sistema nervioso autónomo simpático (SNA).

Terapia cognitivo-interpersonal de Alden: Caballo (1998), afirma que los objetivos de esta intervención son el estimular a los pacientes a que examinen de forma objetiva su conducta social, identificando creencias inadecuadas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones de conducta ineficaces, que experimentan con nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales, y que observen cómo los cambios de su comportamiento generan diferentes consecuencias sociales.

8.1.11.4. Estrategias de Intervención: Para el presente estudio de caso se ha tomado en cuenta los protocolos planteados por Beck, Freeman, Davis y otros (2005) y el tratamiento desde una perspectiva cognitivo-interpersonal de Alden, Mellings y Rydero

compilados por Caballo(2004)A continuación algunas estrategias y técnicas de Beck, Freeman y Davis (2005):

Inicialmente se identifica y pone a prueba pensamientos disfuncionales sobre la relación terapéutica durante las sesiones, con el fin de construir una relación colaborativa activa. Seguidamente, se logra que el paciente evalúe al terapeuta luego de haber terminado la sesión, mediante una lista de cualidades referidas a procesos terapéuticos. De manera que se trabaje en la asertividad con el terapeuta.

Otra técnica propuesta es proponer e identificar y combatir los pensamientos automáticos y los supuestos subyacentes, para empezar a contrarrestar la autocrítica, las previsiones negativas, los supuestos inadaptados sobre las relaciones y la evaluación incorrecta de las reacciones asumidas frente a los demás. Además, otra herramienta es trabajar en las sesiones la evitación cognitiva y emocional, con el propósito de lograr que el paciente comprenda que en ocasiones evita las situaciones en las que tiene pensamientos automáticos y es esto lo que le produce emociones negativas. Luego, se evaluará esas cogniciones negativas, para acrecentar la tolerancia por parte del paciente a la disforia.

Otra técnica es establecer una jerarquía de los temas cada vez más penosos que se discutirán en terapia, con el propósito de desensibilizar al paciente. Seguidamente, para el entrenamiento en habilidades sociales se iniciará con señales no verbales e información educativa, métodos de conversación, asertividad, sexualidad y manejo de conflictos. Asimismo, se trabajará en la creencia nuclear, a través del uso del Psicodrama y se implementará el cuaderno de predicción de experiencias positivas, así como el ensayo visualizado a partir de nuevas conductas.

Por otro lado, Caballo (2004), propone que se puede empezar con algunas técnicas de la terapia cognitivo-interpersonal, en la que Alden propone las siguientes:

Adiestrar en la utilización de auto registros para observar distintas situaciones sociales de manera objetiva.

Utilizar las estrategias de primer nivel para la modificación cognitiva.

Aplicar la activación conductual; dado que los pacientes con TPE son reacios a correr riesgos e implicarse en nuevas actividades de manera que puedan salir de la rutina.

Aplicar la exposición de las conductas y situaciones provocadoras de temor; esta técnica es esencial en el tratamiento de la evitación y la ansiedad social.

Entrenar en el ensayo de conducta para impulsar la confianza en sí mismo dado que a los pacientes con una evitación social de moderada a grave les falta la mencionada confianza para participar en las situaciones que temen.

Otra técnica es la modificación cognitiva: estrategias de segundo nivel. Así como la modificación cognitiva: estrategias de tercer nivel.

También es importante incluir tres técnicas que sirven también para la fobia social y que Caballo (1997), recopila: entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson y entrenamiento en exposición graduada. Aquí se tratará de superar la evitación y romper la asociación entre la ansiedad y situaciones concretas. Además, se sugiere señalar la

importancia de algunos ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales.

8.1.12. Investigaciones: A la hora de realizar una búsqueda de investigaciones actuales sobre el TPE se han encontrado varias que tratan sobre la diferenciación entre Trastorno de Personalidad por evitación y Ansiedad o Fobia Social. Se sabe que el DSM-5 los considera dos trastornos diferentes igual el debate continua y sigue vigente. A continuación se va agrupar a los que indican que es el mismo trastorno y los que indican que son patologías diferentes. El periodo de búsqueda comprende del 2007 al 2017. Los autores que afirman que se trata del mismo trastorno son los siguientes:

LaFreniere (2009), afirma que ambos trastornos tienen los mismos síntomas y responden de manera semejante al mismo plan de intervención, por tanto se trata del mismo trastorno.

Reich (2009), afirma que el TPE y la Fobia Social son dos conceptualizaciones del mismo trastorno con diferencia en el grado de gravedad: La Fobia Social es una expresión más leve del trastorno, mientras que el TPE interfiere más significativamente en la vida cotidiana de la persona. Ahora bien, los autores que afirman que se trata de trastornos diferentes son: Lampe (2015), quien encuentra cuatro características importantes que diferencian el TPE de la Fobia social: que el auto concepto y la autoestima son más bajos en las personas con TPE que en las que tienen Fobia Social; las personas que tienen TPE presentan un temor al rechazo de manera global, mientras que las que tienen Fobia Social tienen miedo a ser evaluadas negativamente por algún aspecto específico; los miedos que tienen las personas con Fobia social empiezan generalmente en la adolescencia, mientras que

los que tienen TP nunca se sintieron adecuadamente integrados en sus familias y sociedad en general; que en las personas que tienen Fobia Social la ansiedad disminuye en la medida que desarrolla la relación con la otra persona, mientras que las personas con TPE se sienten más cómodas con personas desconocidas con las que no pretenden relacionarse.

Marques et. al. (2012), afirma que las personas con TPE, puntúan más alto en la apertura a los demás y contar sus intimidades que las personas con Fobia Social. También afirma que las personas con TPE tienen más dificultades en sus relaciones sociales y una menor calidad de vida.

Huppert et al. (2008), en su estudio plantea que las personas con TPE presentaron peor calidad de vida que las personas con Fobia Social, una vez aplicado el tratamiento. También se encontró que Olivares-Olivares, Maciá, Chittó Gauer, Olivares y Amorós (2013), en un estudio piloto con población adolescente española concluyó que; los resultados obtenidos avalan la posición que el trastorno de personalidad por evitación no debería ser considerado una entidad diagnóstica independiente, sino que debería formar parte del gradiente Ansiedad social situándose en el extremo de mayor gravedad del continuo.

Reichborn-Kjennerud, Czajkowski, Torgersen, Neale, Ørstavik, Tambs y Kendler (2008) en un estudio sobre la relación del trastorno de personalidad por evitación y la fobia social: estudio poblacional con gemelas concluyeron que tanto el trastorno de la personalidad por evitación y la fobia social estaban influidos por los mismos factores genéticos, mientras que los factores ambientales que influían en los dos trastornos no se relacionaron.

Adicionalmente, es importante mencionar que se encontró dos artículos que vinculan la autoestima al TPE: el primero es un ensayo clínico de Lynum, Wilbert y Karterud (2008), el cual se centra en la autoestima de pacientes diagnosticados con TPE y Trastorno límite de la personalidad. Dichos autores afirman que las personas que tienen TPE presentan una autoestima significativamente más baja que los que tienen Trastorno límite de personalidad. Un segundo estudio realizado por Cummings, Hayes, Cardaciotto y Newman (2012), señala que la variabilidad en la autoestima no es siempre negativa como lo señalan los estudios tradicionales. La variabilidad de la autoestima en una persona con TPE al comienzo de la psicoterapia es predictor de una buena respuesta terapéutica.

También se encontraron algunos artículos que comparan la eficacia de diferentes terapias para el TPE: Borge et al. (2010), compara la Terapia Cognitiva con la Terapia interpersonal para el tratamiento del TPE y el Trastorno de personalidad dependiente. En los factores cognitivos se muestra más eficaz el Tratamiento cognitivo sobre la Terapia interpersonal. Dicho estudio demuestra también que este tratamiento es eficaz para la Fobia social y para el TPE.

Por último, en el estudio de Emmel-kamp et al. (2006), se concluye que la Terapia cognitiva conductual fue significativamente superior que la Terapia dinámica breve.

8.2. Trastorno de Depresión Mayor

8.2.1. 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 hipersomnia 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 entecimiento).

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.

8.2.2 Curso y Desarrollo: 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” (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.

8.2.2 Tratamiento: Es importante empezar este acápite mencionando que la terapia cognitiva-conductual ofrece distintos protocolos y técnicas para el tratamiento de la depresión. A este respecto, Freeman y Oster (citados por Caballo, 1997), comparten lo siguiente:

La Terapia cognitiva de Beck se desarrolló de forma específica en respuesta a la necesidad de tratamiento de la depresión (Beck, 1967; Beck, 1976; Beck et al., 1979) y, así, la eficacia de la terapia cognitiva ha sido muy estudiada en sus aplicaciones a la depresión (p. 544).

El enfoque cognitivo plantea el modelo de diátesis-estrés; es decir, las situaciones de la vida, los pensamientos, los estados de ánimo y las conductas están íntimamente relacionados entre sí de manera recíproca. Dicho enfoque utiliza distintas técnicas que identifican y modifican las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y acontecimientos que anteriormente ha considerado insuperables, mediante la reestructuración cognitiva. Se considera importante mencionar lo que afirma Beck (2010): “La Terapia cognitiva se sirve de una amplia

variedad de estrategias cognitivas conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner pruebas las falsas creencias y los supuestos desadaptativo específicos del paciente” (p. 13 y 14). También se utilizan técnicas conductuales para modificar la conducta pero también para suscitar pensamientos asociados a conductas específicas.

9. Análisis del caso

Beck, Freeman, Davis y otros (2005), 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” (p. 331). Esto es efectivamente lo que sucedió en el presente estudio de caso; Daniel llega a consulta deprimido ante la ruptura sentimental luego de un año de relación afectiva. Así que la formulación del caso permitió llegar al trastorno de personalidad por evitación y al trastorno de ansiedad social y, por tanto, a la comorbilidad con la depresión y el trastorno por consumo de alcohol. Es importante resaltar que el análisis del presente caso se basó en la comorbilidad antes mencionada.

El presente estudio de caso ha permitido al psicólogo aspirante investigar, estudiar y aprender sobre los mencionados trastornos, la formulación desde la terapia cognitiva-conductual y la intervención desde el enfoque mencionado. Se ha podido aplicar aquello que dice J. Beck (2000):

Para el terapeuta es sumamente importante conceptualizar en términos cognitivos las dificultades del paciente, con el objeto de determinar los pasos por seguir en la terapia: cuándo trabajar sobre un objetivo específico, un pensamiento automático,

una creencia o un comportamiento, que técnicas seleccionar y cómo mejorar la relación terapéutica (p. 37).

Un aspecto a resaltar en el presente estudio de caso es la comorbilidad entre la ansiedad social y el trastorno de personalidad por evitación. Ha sido de mucho aprendizaje el poder investigar, estudiar y profundizar en ambos trastornos y su comorbilidad, tanto es así que dicha comorbilidad se va a profundizar en el artículo presentado por el psicólogo investigador para ostentar la maestría en psicología de la Universidad del Norte.

Se sabe que, como señala Clark y Beck (2012) que ambos diagnósticos comparten muchas características, pudiendo incluso equiparse entre sí. Las dos últimas versiones del DSM, el IV-TRM y el 5 los han explicado como dos trastornos distintos. Ambos trastornos se caracterizan por un patrón generalizado de incomodidad, inhibición y miedo a la evaluación negativa en una amplia variedad ambientes sociales. A este respecto, Clark y Beck (2012), afirman lo siguiente:

La revisión de Heimberg (1996), concluía que aproximadamente el 60 % de los individuos con FSG satisfacían los criterios de TPE en comparación con el 20 % de fobia social no generalizada. Además, casi todos los individuos con TPE satisfacen los criterios diagnósticos de la fobia social. (Brown, Heimberg & Juster, 1995; Herbert et al., 1992; Turner et al., 1992) (p. 564 y 565).

10. Conclusiones y discusión

Estudiar el presente caso ha sido muy enriquecedor y de bastante aprendizaje, ya que se viene estudiando durante tres semestres con la tutora de la presente maestría. El paciente inicialmente en los primeros meses colaboró con el proceso terapéutico, es en esos primeros meses en donde se elaboraron los objetivos terapéuticos preliminares y se empezó a intervenir en las ideaciones suicidas del paciente y los estados anímicos/depresivos con los que llegó a consulta. Además, en esas primeras sesiones se confirmó la hipótesis diagnóstica inicial que, aparte del episodio depresivo mayor, Daniel presenta ansiedad social, trastorno de personalidad por evitación y trastorno por consumo de alcohol.

Por otro lado, el ambiente familiar de Daniel estuvo caracterizado por un padre proveedor y ausente emocional así como por una madre sobreprotectora y controladora, todo esto unido a su temperamento tímido, hizo que se fuera desarrollando el trastorno de ansiedad social. Asimismo, al revisar la historia personal y social con el paciente, se observa el desarrollo del mencionado trastorno entre la segunda infancia y la adolescencia, es decir entre los 8 y 15 años, tal como expresa el DSM-5 para el 75 % de la población americana. Al seguir revisando la historia personal de Daniel, a partir de los 18 años en adelante se presenta la conformación del Trastorno de Personalidad por Evitación, causando este trastorno un mayor deterioro en la vida de Daniel, a través del consumo de drogas y alcohol. Hasta aquí es importante mencionar que algunos autores, como Caballo (2004), proponen la hipótesis del continuo de gravedad, encontrándose la Ansiedad Social en el extremo más leve del continuum y el TPE, en el extremo más grave e incapacitante. Por lo que continúa siendo importante mencionar que la sensación de aislamiento fue lo que hizo que fuese constituyendo una creencia negativa de sí

mismo, al sentirse inútil. Esta creencia se fue perpetuando a través del tiempo, con el alejamiento y distancia social que él mismo producía. También, es importante mencionar que la estrategia fundamental que él desarrolló para enfrentar el mundo fue la evitación, siendo esta misma evitación una perpetuación de su creencia de inutilidad.

Asimismo, el presente trabajo ha consistido en describir y analizar desde el modelo cognitivo-conducta el TPE de Daniel con comorbilidad de depresión, ansiedad social y alcoholismo, una situación que permitió que se indagara en los modelos teóricos con el fin de comprender los diagnósticos mencionados y su respectiva comorbilidad. El caso se conceptualizó e intervino desde el modelo cognitivo-conductual, permitiendo el adecuado y acertado desarrollo de la psicoterapia. Las estrategias y herramientas cognitivas-conductuales para eliminar las ideaciones suicidas y disminuir la depresión fueron dando resultados paulatinamente. De igual forma, se intervino adecuadamente en la reducción del alcohol, la disminución del insomnio, la disminución de la ansiedad social y, actualmente, se vienen desarrollando habilidades sociales, mientras se trabaja en la disminución de conductas de evitación, así como la modificación de la creencia de inutilidad.

Por último, cabe resaltar que se considera relevante y valioso todo el proceso de elaboración, estudio e investigación para el presente trabajo de grado, tanto para el psicólogo aspirante a la maestría como para estudiantes y profesores, debido a que se ha aplicado la metodología de formulación del caso del Instituto de Terapia Cognitiva, así como los distintos protocolos, estrategias y técnicas avaladas científicamente para el abordaje del Trastorno de Personalidad por Evitación y los otros trastornos relacionados.

11. Referencias

- Almeida, I. (2016). Trastorno de Personalidad por Evitación: Aproximaciones al tratamiento psicológico.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5 (5ª ed). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, A. (1997). Documento: “Entrenamiento Asertivo”
- Barlow, D. H & Durand, M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. (2ª ed). Madrid: International Thomson Editores.
- 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*. (2ª ed). Barcelona: Paidós.
- Beck, A.; John Ruhs; Brian F. Shaw; Gary Emery. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (19ª ed.). Nueva York: Guilford Press. En: Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer.
- Borge, F., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., & Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 87-99.

- 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. (2004). Manual de trastorno de la personalidad. Madrid: Editorial Síntesis.
- Caballo, V. (1998). Manual de tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI, 2.
- Caballo, V. (1997). 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.
- Clark, D, Beck, A. (2012). Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Cardaciotto, L., & Newman, C. F. (2012). The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: An adaptive role of self-esteem variability? *Cognitive Therapy and Research*, 36(4), 272-281.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9375-x>
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van 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>
- Hernández Sanpieri, R. 2014, Respecto a la sexta edición. Interamericana editores, s.a. de c.v. ico

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>

Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S. &

Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.

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>

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>

Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M.

B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: what does it add?. *Journal of anxiety*

disorders, 26(6), 665-672. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.05.004>

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

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

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. Universidad Miguel Hernández, España. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272014000200003&script=sciarttext>

Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 89-93.

Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M., Ørstavik, R., Tambs, K., Kendler, K. (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/>

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.

Scandar, M. G. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en

psicoterapia. *Psicodebate*, 14(1), 69-84.