

Tratamiento Psicológico del Trastorno de Personalidad por Evitación: Un Análisis de Caso

Adriana Rendon David¹

adrianarendon36@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8061-6850>

Universidad Pontificia bolivariana Medellín,
Colombia.

María José Tapias Ricardo

maria.jose.tapias.ricardo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-1949-1209>

Universidad Pontificia bolivariana Medellín,
Colombia.

RESUMEN

Este artículo presenta una intervención de caso único: paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación. Para la evaluación se utilizó el examen internacional de los trastornos de personalidad, el cuestionario de esquemas de Young y la entrevista clínica; en el tratamiento se implementó una combinación de terapias, inicialmente se trató el trastorno agudo con terapia cognitiva de Beck y luego la terapia de Young para el abordaje de esquemas, donde se contempló estilos y modos de afrontamiento. La psicoterapia fue desarrollada durante 21 sesiones de tratamiento en un caso que se encuentra en curso, aplicando técnicas de psicoeducación, auto observación, desensibilización sistemática, confrontación empática, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado y técnicas experienciales. Se logró crear conciencia de su propia patología y necesidad de cambio, incrementando actividades, responsabilidades, autocontrol, un patrón de conducta más normalizado, saludable y mejor funcionamiento general de la persona, aún persisten síntomas disfóricos, hay dificultad para el mantenimiento de horarios regulares y fallas en la adherencia al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: *trastorno de personalidad por evitación; terapia cognitivo conductual; terapia centrada en esquemas; psicología basada en la evidencia; diseño de caso único.*

¹ Autor principal.

Correspondencia: adrianarendon36@hotmail.com

Psychological Treatment of Personality Disorder by Avoidance: A Case Analysis

ABSTRACT

This study presents an intervention of a unique case of a patient diagnosed with avoidant personality disorder. In the evaluation phase International Personality disorder, The Schema Questionnaire and a clinical interview were implemented. A combination of therapies, early acute disorder with cognitive therapy Beck and Young then therapy for addressing schemes where coping styles and modes contemplated treated implemented. Psychotherapy was developed during 21 treatment sessions in a case that is in progress, applying techniques of psychoeducation, self-observation, systematic desensitization, empathic confrontation, cognitive restructuring, guided discovery and experiential techniques. Awareness was created their own pathology and need for change, increasing activities, responsibilities, self-control, a pattern of conduct more standardized and healthier and better functioning of the person, dysphoric symptoms still persist, still has difficulty maintaining regular schedules, and failing adherence to pharmacological treatment.

Keywords: *avoidant; personality disorder; cognitive behavioral; therapy schemes; evidence-based psychology and case study.*

Artículo recibido 30 julio 2023

Aceptado para publicación: 30 agosto 2023

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), describe un trastorno de personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado, poco flexible, estable en el tiempo y que da lugar a malestar o deterioro.

La personalidad se define como una multitud características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en la mayoría de las áreas de la actividad psicológica. (Millon, Grossaman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2006).

McCrae & Costa (1990), coinciden en que lo que constituye la personalidad es la organización de la experiencia y la conducta, y es necesario continuar intentando predecir el modo en el que las experiencias particulares de la vida provocan cambios sistemáticos en los rasgos de la personalidad (Helson, 1993). Costa y McCrae plantean una explicación genotípica de los rasgos como entidades internas, endógenas y determinadas biológicamente (Romero, 2002). Así que mientras que la herencia compartida explica el parecido familiar en rasgos de la personalidad, las diferencias ambientales contribuirían a las distinciones entre miembros de una familia (Plomin, DeFries, McClearn & McGuggin, 2002).

Las personas con trastorno de personalidad tienen dificultad para identificar los componentes de sus estados mentales, hay déficit metacognitivos en las áreas de autorreflexividad, diferenciación, descentramiento y estrategias de afrontamiento primarias (Dimaggio & Semerari, 2004).

Los trastornos de personalidad se organizan en tres grupos asociados a las similitudes descriptivas. En el grupo A los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico, el grupo B lo componen los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista y el grupo C reúne a la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo compulsivo. “Cabe señalar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docentes, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente” (APA, 2013 p. 646).

Las estimaciones de la prevalencia de los distintos grupos indican un 5,7 % para los trastornos del grupo A, un 1.5 % para los trastornos del grupo B, un 6,0 % para los trastornos del grupo C (APA, 2013). Para el

trastorno de personalidad por evitación se reporta o evidencia una cifra que asciende al 1% de la población (Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos, 2014). El trastorno límite, trastorno antisocial y el trastorno esquizotípico son los más estudiados y para los que se dispone de evidencia científica más amplia (Old & Fowler, 2013).

Un meta análisis reciente de 669 estudios con 83.834 pacientes documentó que la mayor tasa de abandono en el tratamiento corresponde a pacientes con trastorno de personalidad (25,6%) (Swift & Greenberg, 2012).

El trastorno evitativo de la personalidad se caracteriza por un patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa; comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, este trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes hechos: evitar las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, desaprobación o rechazo; se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a menos estar seguro de ser apreciado; se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen, preocupación ante la crítica o rechazo ante situaciones sociales; se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación; se ve a sí mismo como socialmente inepto o poco atractivo y/o inferior a los demás, es reacio en extremo a asumir riesgos personales e implicarse en nuevas actividades por que le pueden resultar embarazosas (APA, 2013).

Según Beck (1995) los pacientes evitativos tienen profundas creencias negativas de sí mismos; su origen probable está en la infancia, cuando al interactuar con personas significativas rechazadoras y críticas les llevaron a verse inadecuados o carentes de valor; evitan las situaciones donde pueda aflorar “su ser real” evaden tareas capaces de provocarles sentimientos incómodos, en el plano cognitivo, evitan pensar en temas que producen disforia; su tolerancia a la incomodidad es muy baja y procrastinan siempre que empiezan a sentirse ansiosos, tristes o aburridos; no están contentos con la vida que llevan, pero se sienten incapaces de cambiar por sí mismos.

Estos pacientes desarrollan estrategias que les permiten adaptarse al mundo teniendo en cuenta las percepciones distorsionadas, éstas son denominadas estrategias de afrontamiento y se pueden definir como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la

puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (Macias, Orozco, Amarís & Zambrano, 2013). Además de las estrategias de afrontamiento, el paciente con trastorno de personalidad por evitación utiliza ciertos estilos que le permiten ajustarse a las condiciones que el ambiente les brinde, estos son llamados estilos de afrontamiento y son identificados como una importante variable mediadora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes (Gantiva, Luna, Davila & Salgado, 2010).

En este trastorno particular la estrategia que prima es la evitación, así mismo se suele evidenciar el uso de estrategias diseñadas para bloquear su propia conciencia junto con sus sentimientos; se plantea que únicamente el hecho de contemplación de cambio puede resultar, terrorífico para los casos más graves, muchos de los que nunca llegan a terapia o abandonan (Millon, et al., 2006). Las habilidades interpersonales de los evitadores son poco adecuadas para las exigencias del medio, la no aceptación de dichas exigencias podría desencadenar trastornos de ansiedad (Millon, et al., 2006). Conjuntamente con las estrategias y estilos de afrontamiento, las personas evitativas tienen interferencias y distracciones cognitivas relacionadas con la ansiedad, se centran en los procesos de los demás y pierden el hilo de su pensamiento. En su secuencia argumental se imponen las distracciones, interferencias y divagaciones, lo cual interrumpe sus procesos cognitivos. La función de esas interferencias cognitivas puede incluir la reducción de la ansiedad, pero provocan la confusión del pensamiento (Haranburu, Okariz, Guerra, Balluerka & Gorostiaga, 2011).

Es importante hacer énfasis en la ansiedad debido a la relación o inmersión dentro de la personalidad evitativa cumpliendo una función reductora de emociones, se indica entonces que la ansiedad está vinculada a la categoría de emociones; en este sentido, Bados (2005) reafirma la existencia de 8 emociones básicas: alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira y anticipación, las cuales permiten al individuo dar respuesta ante las demandas del ambiente. Según Lazarus (2000) se pueden identificar dos tipos de emociones las positivas y las negativas; las primeras son el resultado de una evaluación favorable (congruencia) respecto al logro de objetivos o acercarse a ellos (alegría, orgullo, amor, afecto, alivio, felicidad); mientras que las segundas son el resultado de una evaluación desfavorable (incongruencia)

respecto a los propios objetivos (miedo, ira, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza, envidia, celos, asco, etc.). Por su parte Plutchik (1980), desarrolla su teoría justificando la existencia de las emociones básicas, señalando la existencia de ocho e indicando que las combinaciones de esas ocho emociones básicas a su vez generarían nuevas, incluyendo en esta segunda categoría a la ansiedad, que es la combinación de la anticipación más miedo (Bisquerra, 2009). Comúnmente la ansiedad es determinada como una emoción nociva, pero también puede ser protectora cuando acciona las respuestas que hacen frente y protegen a algún individuo contra amenazas (Moser, 2007). La ansiedad es entonces una emoción que posee una función adaptativa que facilita la resolución de dificultades, además se relaciona con el cuidado y la conservación propia, por ello proporciona respuestas de escape o evitación ante situaciones peligrosas (Krypotos, Arnaudova, Effting, Kindt, & Beckers, 2015). Tomando en referencia lo anterior la ansiedad es adaptativa, pero en forma exagerada es mal adaptativa, ya que desencadena desórdenes psiquiátrico con el detrimento de la calidad de vida de la persona (National Institute of Public Health and the Environment, 2009).

En la ansiedad interfieren estructuras corticosubcorticales de la siguiente forma, el ingreso sensorial de un estímulo condicionado de amenaza circula por medio del tálamo anterior hasta el núcleo lateral de la amígdala para seguidamente ser transportado al núcleo central de la amígdala, quien se comporta como el lugar central de propagación de la información, ordenando la respuesta autonómica y de comportamiento; la conexión de este con la región gris periacueductal permite el desarrollo posturas de congelamiento y un comportamiento defensivo, con el núcleo dorsal del vago, quien a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce una activación del sistema parasimpático, dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales, con el núcleo parabránqueal hace que se acreciente la frecuencia respiratoria, con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático, con el locus ceruleus aumenta de la liberación de norepinefrina, favoreciendo el aumento de la dilatación pupilar, piloerección, sudoración, frecuencia cardíaca y presión arterial, y por ultimo con el estriado genera la reacción de una activación motoroesquelética de huir o atacar (Goddard & Channey, 1997).

La ansiedad en su condición mal adaptativa se debe intervenir, para lo cual existen diversas terapias farmacológicas y psicológicas, sin embargo, se deben elegir aquellas que demuestren ser eficaces y tener

evidencia empírica. En esta secuencia es necesario hacer hincapié en la importancia de la psicología basada en la evidencia para el tratamiento de los trastornos mentales, en este sentido la APA indica que la psicología basada en la evidencia puede definirse como “la integración de la mejor evidencia disponible con la experticia clínica, enfocada al contexto del paciente con sus características, cultura y preferencias” (APA, 2006, p. 273).

El panorama de los tratamientos psicológicos de los trastornos de personalidad presenta según Quiroga y Errasti (2001), bajos niveles de evidencia científica; hasta el momento aún no está demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse altamente efectivo para la mayoría de los trastornos de personalidad por cuanto los estudios existentes son poco numerosos, heterogéneos en su orientación teórica, dispersos entre los distintos trastornos de personalidad y metodológicamente mejorables. Sin embargo, aunque no está demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse altamente efectivo la psicología basada en la evidencia ha contribuido significativamente en la recopilación de evidencia empírica y de datos relevantes sobre los niveles de efectividad de las terapias psicológicas ante esta situación, estudios de caso único ayudan a proponer métodos, técnicas y terapias psicológicas como líneas recomendadas de acción terapéutica, proporcionando una justificación para ensayos aleatorios más grandes y más caros, motivando a la creación de un paquete de tratamiento eficaz (Matusiewicz, Hopwood, Banducci & Lejuez, 2010).

Según Beck (1995) con frecuencia los pacientes con trastornos subyacentes de personalidad y problemas caracterológicos no responden plenamente a los tratamientos cognitivo conductuales tradicionales. La terapia cognitivo conductual tradicional establece muchas presunciones sobre los pacientes que, a menudo se desconfirman en pacientes con trastornos de personalidad. Young elaboró la terapia de esquemas para tratar a pacientes con problemas caracterológicos crónicos que no estaban siendo debidamente ayudados por la terapia cognitivo conductual tradicional (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Según Labrador, Quiroz & Estupiñan, (2011) actualmente sería más adecuado desarrollar protocolos de intervención específicos por objetivos, no por diagnósticos, indicando las técnicas más adecuadas para lograrlo, lo cual permitirá un tratamiento individualizado para cada paciente, que se ajuste a sus necesidades;

con la ventaja de la comprobación empírica de las mismas identificando las técnicas y forma de aprendizaje más adecuadas para lograrlo, dentro de las técnicas las más comunes son la psicoeducación y la reestructuración cognitiva.

La psicoeducación es una técnica que se emplea para aumentar la comprensión de la patología y establecer una relación de colaboración terapéutica con el paciente (Zayfert & Black, 2008). La autoobservación facilita que el paciente observe de una manera objetiva sus conductas llevando a cabo un análisis racional de lo ocurrido (Alden, 1989). La técnica de respiración tiene como objetivo primordial enseñar a manejar el ritmo de la respiración, así, en personas con ansiedad ayuda a aumentar los estados de relajación (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). Mientras que la reestructuración consiste en la explicación de la lógica que subyace al malestar con el fin de promover la comprensión del malestar (Bregman, 2006). La técnica de exposición busca intervenir en los síntomas de evitación del paciente motivándole a abordar los estímulos evitados (Bados, 2005)

Los tratamientos psicológicos para los Trastornos de la personalidad todavía no alcanzan un grado de protocolización tan específico como para describir las intervenciones para cada sesión. Esto podría deberse, entre otras cosas, a la heterogeneidad de los casos que dificultaría la posibilidad de diseñar un protocolo. Los tratamientos entonces se basan en conceptualizaciones de caso sustentadas teóricamente que después determinan los objetivos e intervenciones a realizar (López, 2016).

Este estudio presenta el proceso de evaluación e intervención terapéutica para un caso único de trastorno de personalidad por evitación, que se encuentra en curso, para el tratamiento se combinan la terapia cognitiva conductual y la terapia de esquemas siguiendo los lineamientos propuestos por los modelos de psicología basada en la evidencia.

MÉTODO

Identificación del paciente

Andrés de 31 años, nombre ficticio para proteger la identidad del paciente, vive en unión libre, tiene una hija de 8 años que no vive con él producto de una relación ocasional, no tiene un trabajo estable, vive de

una herencia, terminó sus estudios técnicos en administración de empresas hace tres años. Andrés no tuvo ningún problema médico que influyera en su proceso psicológico o terapéutico.

Refiere: “mi problema es la pereza”, reporta que tiene dificultad para manejar su tiempo, le cuesta levantarse en las mañanas, le falta disciplina, tiene olvidos constantes, problemas de promiscuidad sexual e inconvenientes con el manejo del dinero.

Al terminar sus estudios secundarios inicio varias carreras profesionales, sin concluir ninguna, carece de disciplina y tampoco ha logrado estabilidad laboral, ni económica pues ésta es inestable, fluctúa entre los excesos (cuando vende una propiedad) e iliquidez (mientras vende otra propiedad). El 16 de febrero de 2016 en el momento de la consulta sus síntomas incluían: Síntomas emocionales: Disforia leve y permanente, arrepentimiento, sensación de culpabilidad y frustración; síntomas cognitivos: dificultad para concentrarse, pensamientos de inutilidad y desconfianza, temor a la crítica, temor a quedar en evidencia, evita pensamientos que le generen malestar, percepción de ausencia de control; Síntomas conductuales: evita situaciones que le causen incomodidad, dificultad para cumplir responsabilidades, dificultad para el manejo del tiempo, falta de hábitos en el sueño, tendencia a ser distante con los demás, conductas de suspicacia, consumo de sustancias psicoactivas, conductas impulsivas relacionadas con gastos, sexo y drogas. Síntomas fisiológicos: cansancio.

El paciente muestra completa orientación, hay poca capacidad de introspección sobre su propia patología, su atención es dispersa, hay bajo nivel de concentración, poca duración del foco de atención, no hay alteración al evocar recuerdos sin embargo presenta olvidos constantes y dificultad para recordar detalles, su actitud es relajada sin embargo esto se debe a la evitación cognitiva y emocional de sus propios problemas.

Desde el año 2002 a sus 16 años consumió cocaína y marihuana con regularidad, en 2006 cuando consideró que la situación por consumo se sale de control ingresa por voluntad propia a una clínica de desintoxicación durante 6 meses, después de salir de rehabilitación, deja de consumir un año, desde entonces lo hace ocasionalmente en fiestas.

Historia del problema

Andrés hijo único por parte de mamá y el mayor de 5 hermanos varones por parte de papá; padre y madre separados, su padre se dedica a negocios ilícitos, se casa nuevamente teniendo cuatro hijos más todos de diferentes relaciones, llevando una vida de excesos. Andrés inicia su vida en un ambiente con un padre distante, creció con poca supervisión, en un entorno permisivo y sin límites, Andrés vive con su madre hasta sus 5 años cuando ella se radica fuera del país, se va sin informarle a Andrés que no lo llevará con ella, el paciente refiere “me quede con la maleta hecha”, desde entonces su abuela paterna asume el rol de materno, él la describe como una mujer “tosca, rígida, que le pegaba duro”. El dinero facilitó relaciones en su infancia con sus pares. A sus 7 años cambia de colegio fue un cambio muy duro sintió que no encajaba, expresa que fue excluido por sus características afrodescendientes específicamente indica “por ser negro”, por lo que opto por aislarse, no le iba muy bien académicamente. La madre de Andrés regresa a Colombia en 2002 cuando Andrés tenía 16 años, Andrés vivió por algunos periodos con su abuela, otros con su padre hasta que tenía 17 años. En el año 2003 a sus 17 años, su padre muere y Andrés hereda una gran fortuna. Un año después a sus 18 años se va a vivir solo llevando una vida de excesos, constantes fiestas y consumo. Desde entonces inicia proyectos y no los concluye, tiene dificultad para manejar el dinero, toma decisiones apresuradas, su economía es inestable. En la actualidad vive con su novia hace 6 años. Andrés buscó ayuda presionado por su pareja después de repetidas infidelidades, la desorganización vital de Andrés es importante además de sus conductas impulsivas ha desatendido sus responsabilidades, no se encuentra comprometido con ninguna actividad. Experimenta problemas para levantarse temprano por irregularidades en la hora de acostarse.

Los principales estresores en la vida de Andrés son los relativos al ambiente ya que debido a su preocupación ante la crítica no íntima, en cuanto a lo afectivo en su relación de pareja su falta de cumplimento ha desarrollado conflictos en lo que respecta a estresores laborales y económicos tiene dificultad para manejar su tiempo y dinero, dificultad para iniciar y concluir proyectos, en general cualquier situación que le produzca incomodidad. Asistió a 8 sesiones de terapia con un enfoque predominante cognitivo conductual, expresa que dejó de ir por que el profesional le presionaba para llevar tareas y lo considero “aburrido”

Evaluación

El diseño es de tipo ABA inicialmente se evalúa conducta, para de este modo, establecer un diagnóstico inicial, y se presenta una línea base con los resultados (A), luego se realiza el tratamiento interviniendo la condición psicológica hallada (B), y finalmente se realiza una nueva medición de la conducta y se compara con la línea base (A) (Virués & Moreno, 2008).

Para realizar la evaluación se aplicaron durante la etapa de pre tratamiento dos instrumentos estandarizados y una entrevista clínica. Las pruebas usadas fueron el examen internacional de trastornos de personalidad (IPDE) (Loranger, Susman, Oldham & Russakoff, 1987) y el cuestionario de esquemas (YSQ-L2). (Young, 1999)

Entrevista clínica: facilitó la obtención de datos valiosos que permitieron la comprensión de la patología e identificación de la sintomatología y problemática actual en lo que respecta a su origen, perpetuación y estrategias de afrontamiento.

El examen internacional de trastornos de personalidad (IPDE) (Loranger, Susman, Oldham & Russakoff, 1987) fue utilizado como una guía de la entrevista clínica, es una entrevista semiestructurada heteroaplicada y dicotómica, cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según los criterios DSM-IV y/o CIE-10. Para este estudio se utilizó la versión traducida al español de: López, Pérez, Urdaniz & Rubio (1996) Evaluando: Trabajo, y/o, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y Control de impulsos.

La puntuación puede ser 0 (ausente o normalidad), 1 (exagerado o acentuado) y 2 (patológico o criterio positivo). Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994) Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilas entre 0,70 y 0,96. Aunque está diseñado con los criterios diagnósticos DSM-4 TR se puede utilizar para medición de DSM-5 ya que los criterios diagnósticos para este trastorno específico no han cambiado. La

puntuación en este caso fue 8 de 8 posibles ítems pertenecientes a evitación, para 6 de los ítems la respuesta fue patológica, para 2 de los ítems excesivo.

El cuestionario de esquemas de (YSQ-L2) (Young, 1999). Fue validado en población universitaria de la ciudad de Medellín-Colombia. Evalúa: Esquemas N° de ítems: 45 ítems Administración: Heteroaplicada. El cuestionario de esquemas de Young Schema Questionnaire – Long Form Second Edition consta de 45 ítems y evalúa once factores. La consistencia interna del cuestionario fue 0.91, los factores oscilaron entre 0.71 y 0.85, El marco teórico de referencia es la teoría de Young (1990) sobre esquemas y desarrollo esquemático. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores. Para su calificación, se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor. Las puntuaciones en lo que respecta a los esquemas de fracaso, vergüenza, aislamiento social, dependencia incompetencia y autocontrol insuficiente puntuaron por encima del límite superior.

Diagnóstico

La entrevista clínica estructurada y la aplicación de cuestionarios permitieron obtener criterio diagnóstico DSM V (APA, 2013) para trastorno de personalidad evitativa 301.82 (F.60.6). Rasgos de impulsividad, irresponsabilidad y grandiosidad. Si bien cumple algunos criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite como: sensibilidad a circunstancias ambientales, impulsividad y sensación de vacío, no hay cambios repentinos ni dramáticos de la autoimagen pues sus metas y valores son estables, sin embargo sus conductas no siempre van dirigidas al cumplimiento de dichas aspiraciones lo que haría parecer que dicho vaivén en su autoimagen existiese, no hay inestabilidad afectiva debido a una reactividad en el estado de ánimo por el contrario su disforia es leve y permanente, sus relaciones interpersonales no son inestables ni intensas, son más bien inconstantes y superficiales, no hay registro de ideación suicida, no es explosivo ni tiene dificultad para control de la ira, no hay ideas paranoides relacionadas con estrés.

RESULTADOS

Andrés debido al poco acompañamiento durante la infancia, al abandono de su madre, a la falta de dirección y a experiencias negativas con sus pares a edad temprana, desarrolló los esquemas de vergüenza y fracaso, partiendo de ello desarrolló estilos de afrontamiento que le permitieron adaptarse a eventos altamente

estresantes, el estilo de afrontamiento de evitación se manifestó en el consumo de alcohol y drogas. El estilo de rendición se presentó como patrones de conducta autoderrotista; la falta de autocontrol y autodisciplina insuficiente compras, sexo y fiestas y por último el estilo de compensación se expresó en conductas como la búsqueda de reconocimiento social por medio del dinero que terminan perpetuando dichos esquemas.

Los precipitantes fueron la infidelidad a su pareja quien le presiona para asistir a terapia. Situaciones activadoras, sucesos que causen ansiedad como concluir tareas, cumplir con sus responsabilidades, algunas actividades de tipo social como relacionarse o llegar a un lugar donde no se sienta aprobado, enfrentarse a situaciones laborales, cuando sus deudores le quedan mal, exceso de fiestas y consumo de drogas psicoactivas, levantarse en las mañanas, cuando se le acaba el dinero, cuando se presenta ante algunas situaciones sociales sin alcohol.

El esquema de autocontrol insuficiente termina obrando como una rendición del esquema de fracaso guía conductas que no le permiten alcanzar logros y metas. Ya que la dificultad en el manejo del tiempo, el incumplimiento en las tareas, la promiscuidad y excesos son patrones de conducta auto derrotista que terminan confirmando estos esquemas; igualmente la evitación emocional, cognitiva y conductual como procrastinación y evitación de intimidad y consumo de sustancias impiden que se activen dichos esquemas.

El esquema de derecho de grandiosidad actúa como una compensación satisfaciendo su propio deseo. Además, se observan dos modos predominantes el modo protector aislado y niño malcriado.

El tratamiento fue facilitado por la motivación del paciente de transformar y darle orden a su proyecto de vida, así mismo se contó con el apoyo de la pareja del paciente, logrando con esta la motivación a la asistencia a las terapias y de este modo la adherencia al tratamiento psicológico. Fue útil para su proceso terapéutico ganarse su confianza, entendiendo y empatizando con su vergüenza.

Hipótesis explicativa

Debido al poco acompañamiento durante su niñez, y a las experiencias tempranas con sus pares es entendible que Andrés no aprendiera destrezas necesarias, desarrollando así esquemas de fracaso y vergüenza lo que genera en él territorialidad para no dejarse conocer, y opta por amistades superficiales para evitar ser conocido como inútil e incompetente lo cual genera en él desconfianza y miedo al rechazo. Además,

enfrentó al mundo ya en su adolescencia y adultez por medio de la evitación emocional con el consumo de alcohol y drogas para no sentir el malestar de sus esquemas reflejado en el modo protector aislado. Este esquema de autocontrol insuficiente guía conductas impulsivas que terminan siendo una perpetuación del esquema de fracaso y del esquema de vergüenza siendo este un espiral, eso ha causado que él se abstenga por medio de conductas de evitación de tareas para no confrontarse con su esquema de fracaso, por lo que aprendiera menos destrezas y confirma más su fracaso. (Ver figura 1).

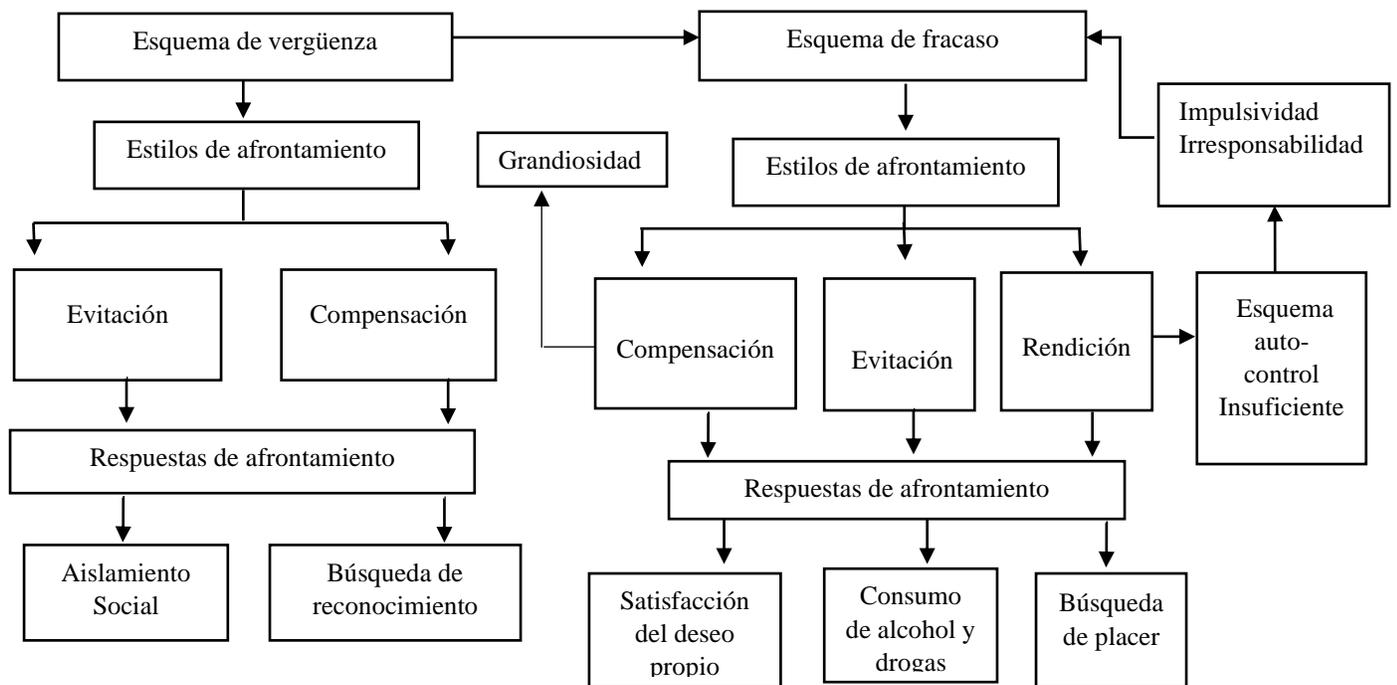


Figura 1. Conceptualización cognitiva explicación desde el modelo de Jeffrey Young

Intervención

El plan de tratamiento se constituye a partir de crear conciencia del problema. (Ver tabla 1). Se remitió a evaluación neuropsicológica, para descartar un posible déficit de atención e hiperactividad y por una evidente dificultad en habilidades para la toma de decisiones y procesamiento riesgo beneficio, obteniendo como resultado capacidad intelectual normal para la edad y nivel educativo, normalidad en funciones atención, memoria gnosis, praxias y lenguaje, nivel normal en las funciones asociadas a la corteza prefrontal dorsolateral anterior, se confirmó dificultad en toma de decisiones, para encontrar otra forma de resolver los problemas y cambiar ideas, fallas en la capacidad de procesamiento riesgo beneficio para la

selección de respuesta adaptativa, fluidez de verbos y metamemoria e impulsividad, se recomienda intervención neuropsicológica en miras de entrenar al paciente en el control regulatorio de su conducta, se sospecha síndrome prefrontal orbitofrontal. A su vez remite a consulta por neuropsiquiatría, como resultado a dicha remisión, se suministra de inmediato tratamiento farmacológico: Efexor 75mg, una capsula al día, Valcote 500mg dos tabletas al día y Senoquel 25mg media tableta antes de acostarse, con el fin de dar manejo para los síntomas disfóricos persistentes y a la dificultad con el mantenimiento de horarios regulares, adicionalmente envía los siguientes exámenes: RMN de cerebro simple con corte para epilepsia, F412, F067, F199, Y919 sin embargo a la fecha no se conocen los resultados, hay dificultad en la implementación del tratamiento farmacológico por fallas en el cumplimiento de horarios para la toma de medicación, inconstancia y suspensión del tratamiento por parte del paciente explicado por constantes olvidos y en una ocasión por el consumo de alcohol. Actualmente se incluye al tratamiento psicológico el reto de favorecer la continuidad del proceso con neuropsiquiatría y contribuir en la adherencia al tratamiento farmacológico.

Tabla1. *Tratamiento propuesto para la intervención.*

Problema	Objetivo	Estrategia de intervención
Disforia	Disminuir disforia	Identificación de pensamientos automáticos Reestructuración cognitiva Psicoeducación Relajación progresiva Técnicas de respiración diafragmática
Bajo nivel introspección.	Aumentar nivel de introspección.	Autoobservación Descubrimiento guiado Confrontación empática
Dificultad en auto disciplina, manejo del tiempo y cumplimiento de responsabilidades.	Aumentar su auto disciplina, mejorar el manejo que le da tiempo y al tiempo y aumentar el cumplimiento de responsabilidades.	Registro diario de actividades Establecimiento de objetivos personales Técnicas experienciales para romper patrones de conducta auto derrotista.
Poco control de impulsos (sexo, dinero, drogas)	Aumentar autocontrol y sus habilidades de auto regulación	Reestructuración cognitiva. Auto instrucción Continuum cognitivo Respiración diafragmática.

			Entrenamiento en detección de situaciones de riesgo y control estimular. Análisis de ventajas y desventajas. Asignación de tareas graduales.
Hipersensibilidad a la crítica y al rechazo.	Aumentar su tolerancia a la crítica y al rechazo.		Reestructuración cognitiva Retroalimentación terapéutica Terapia de valoración cognitiva Técnicas de exposición Desensibilización sistemática
Evitación afectiva, cognitiva y conductual.	Disminuir la evitación afectiva, cognitiva y conductual.		Reestructuración cognitiva Descubrimiento guiado, entrenamiento en asertividad, Análisis de ventajas y desventajas, exposición gradual, autor registros, establecimiento de objetivos. Técnicas experienciales: imaginación que vincula el pasado con el presente Diagramación de proceso de evitación. Técnicas para romper el patrón de conducta auto derrotista: Vincular la conducta objetivo con sus orígenes en la infancia
Patrón irregular sueño vigilia.	Normalizar ciclos de sueño vigilia		Higiene del sueño. Control de estímulos. Relajación progresiva
Percepción negativa de sí mismo en términos de vergüenza y fracaso	Modificar esquemas adaptativos tempranos vergüenza y fracaso	mal	Terapia centrada en esquemas: comprobación de validez de sus esquemas, re encuadrar las pruebas que lo apoyan, evaluar ventajas y desventajas de sus estilos de afrontamiento, tarjetas de recordatorio para los esquemas, imaginación que vincula el pasado con el presente, imaginación para reparentalizar, relación terapéutica
Necesidad de gratificación inmediata	Prescindir de la gratificación inmediata		Dialogo socrático. Descubrimiento guiado. Relajación aplicada.

En la sesión 21 se hace una valoración de la remisión de los problemas presentes en el caso, identificando pocos cambios en cuanto a la disminución de la disforia.

Hay mayor capacidad de introspección, se creó consciencia de su propia patología, se interiorizó la necesidad de cambio comprendiendo que los patrones de comportamientos adoptados a lo largo de su vida eran nocivos.

Se observa mejor manejo del tiempo, es más puntual, posee mayores recursos para programar sus actividades y ceñirse a los planes, realiza programaciones más realistas, incremento la realización de actividades al igual que la atención dedicada a la ejecución de algunos compromisos y responsabilidades postergadas por años, del mismo modo existe mayor precaución en el momento de hacer inversiones y una notable disminución en las discusiones con su pareja.

Con Andrés se ha logrado minimizar la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas y las relaciones sexuales ocasionales. No hay cambios clínicamente significativos en cuanto a la hipersensibilidad y crítica al rechazo. La valoración realizada por el YSQ-L2 mostro una reducción significativa en los esquemas de desconfianza, hay una reducción leve para los esquemas de autocontrol insuficiente, la puntuación para el esquema de fracaso aumentó esto podría explicarse por qué se logró mayor introspección. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Puntuación en los esquemas clínicamente significativos en el YSQ-L2 al inicio y al final del tratamiento. Las señales en la puntuación con asterisco representan cambios significativos

Esquemas clínicamente significativos	Inicio de tratamiento	Sesión 21 de tratamiento
Desconfianza*	74	63
Indeseabilidad social*	24	19
Fracaso	28	31
Dependencia/incompetencia	43	45
Autocontrol insuficiente*	61	57

Por su parte la valoración realizada con el I.P.D.E muestra reducción de comportamiento de patológico a excesivo para los ítems, 16, 27, 34,39. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Resultados obtenidos mediante I.P.D.E. (0=ausente o normal, 1=excesivo, 2=patológico)

Criterios I.P.D.E	Inicio de tratamiento	Sesión 21 de tratamiento
16. Sentirse molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	Patológico (2)	Excesivo (1)
27. Para evitar críticas prefiere trabajar solo.	Patológico (2)	Excesivo (1)
34. No le gusta relacionarse con gente hasta que no está seguro de que les gusta.	Patológico (2)	Excesivo (1)
38. Cuida mucho de lo que le dice a los demás sobre sí.	Patológico (2)	Patológico (2)
39. le preocupa mucho no gustar a la gente.	Patológico (2)	Excesivo (1)
51. Tiene miedo de ponerse en ridículo ante gente conocida.	Excesivo (1)	Excesivo (1)
63. Evita actividades que no le resulten familiares para no sentirse molesto tratando de hacerlas.	Excesivo (1)	Excesivo (1)
76. Cuando conoce a alguien no hable mucho.	Excesivo (1)	Excesivo (1)

En la tabla 4 se muestra el ejemplo de un registro de autoexposición ante una situación evitada.

Tabla 4. Ejemplo de Autoregistro de exposición

Actividad	Duración	Ansiedad exposición	Ansiedad final	Acciones	Satisfacción	Conclusión
Realizar chequeo medico	Una semana	50 (entre 0 y 100)	10 (entre 0 y 100)	Auto instrucción, análisis de ventajas y desventajas	100 (entre 0 y 100)	He logrado atender un asunto que postergue por años

En la tabla 4.1 se esquematiza una jerarquía ítems acordados para la exposición a situaciones que producen ansiedad.

Item	Grado de ansiedad
Iniciar una carrera profesional	100
Iniciar un negocio propio	95
Concluir proceso de sucesión	80
Hacer un curso de ingles	75
Realizarse cirugía de hombro	70
Realizar diligencias notariales pendiente	65
Realizarse tratamiento odontológico	60
Realizarse evaluación neuropsicológica	60
Realizarse chequeo medico	58
Asistir a neuropsiquiatra	55
Asistir a reuniones de Alcohólicos Anónimos	54
Asistir a terapia puntual	50
Leer un libro	45
Hacer deporte	43
Levantarse de la cama	40

Tabla 4.1. *Jerarquía de exposición*

Andrés se ha permitido pensamientos de autocritica, mejorando de este modo su autocontrol y sus habilidades de auto regulación realizando tareas que considera incomodas de manera gradual (Ver tabla 5), facilitando la implementación de hábitos y estilos de vida saludables asistencia a interconsulta con neuropsicología y neuropsiquiatría, hay mejoría en lo que respecta a la regulación de los ciclos de sueño y vigilia.

Tabla 5. Ejemplo de registro diario de actividades en el pretratamiento.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7-8	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
8-9	Desayuno	Dormir	Ver tv	Dormir	Bañarse	Dormir	Dormir
9-10	Ver tv	Bañarse	Ver tv	Bañarse	Trabajar	Dormir	Dormir
10-1	Ver tv	Deporte	Ver tv	Retorno	Trabajar	Bañarse	Bañarse
11-2	Almuerzo	Televisión	Bañarse	descansar	Barbería	Arreglarse	Arreglarse
12-1	Ver tv	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1-2	Ver tv	Trabajar	Ver tv	Descansa	Trabajar	Trabajar	Almuerzo
2-3	Bañarse	Psicología	Trabajar	Ver tv	Trabaja	Retorno	Familia
3-4	Dormir	Trabajar	Deporte	Dormir	Amigos	Descansa	Familia
4-5	Dormir	Trabajar	Descansar	Descansa	Descansa	Bañarse	Descansa
5-6	Amigos	Trabajar	Amigos	Trabajar	Bañarse	Dormir	Deporte
6-7	Ver tv	Amigos	Ir a finca	Trabajar	Va a finca	Dormir	Descansa
7-8	Ver tv	Amigos	Trabaja	Amigos	Trabajar	Dormir	Bañarse
8-9	Cenar	Cenar	Trabajar	Amigos	trabajar	Ver tv	Ver tv
9-10	Familia	Ver Tv	Retorno	Retorno	Dormir	Ver tv	Ver Tv
10-11	Ver tv	Ver tv	Bañarse	Bañarse	Dormir	Dormir	Ver tv
11-12	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir

Tabla 6. *Ejemplo de registro diario de actividades en el postratamiento*

Hay evidencia de mayor tolerancia ante la incomodidad, permitiéndose sentir un grado de ansiedad adaptativo genera un aumento de sus actividades (ver tabla 5 y 6).

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7-8	Bañarse	Bañarse	Bañarse	Arreglarse	Bañarse	Bañarse	Desayuno
8-9	Arreglarse	Arreglarse	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Leer
9-10	Desayuno	Pareja	Trabajar	Trabajar	Trabajar	Desayuno	Leer
10-11	Trabajar	Neurólogo	Trabajar	Descansar	Trabajar	Trabajar	Bañarse
11-12	Trabajar	Descanso	Descansar	Descansar	Pareja	Trabajar	Ver tv
12-1	Descanso	Trabajar	Almuerzo	Almuerzo	Pareja	Descansar	Almuerzo
1-2	Almuerzo	Almuerzo	Trabajar	Familia	Almuerzo	Descansar	Familia
2-3	Barberia	Amigos	Trabajar	Descanso	Descanso	Amigos	Familia
3-4	Psicología	Amigos	Deporte	Descanso	Ir compras	Amigos	Trabajar
4-5	Trabajar	Deporte	Deporte	Trabajar	Trabajar	Bañarse	Trabajar
5-6	Trabajar	Deporte	Amigos	Trabajar	Trabajar	Familia	Descanso
6-7	Deporte	Bañarse	Descansar	Deporte	Amigos	Familia	Ir a cine
7-8	Deporte	Ver tv	Bañarse	Bañarse	Deporte	Cenar	Ir a cine
9-10	Ver tv	Dormir	Ver tv	Cenar	Bañarse	Ver tv	Bañarse
10-11	Dormir	Dormir	Ver tv	Ver tv	Ver tv	Ver tv	Ver tv
11-12	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir

En cuanto a percepción negativa de sí mismo, esquemas como vergüenza, fracaso y hay un importante entendimiento del origen del problema al igual que sus estrategias de afrontamiento rendición y perpetuación de sus esquemas. Es posible que esta nueva comprensión de sus esquemas y del modo en el que estos operan cause un incremento en las puntuaciones del esquema de fracaso (ver tabla 2).

Con el fin de compensar necesidades insatisfechas durante la infancia se utilizaron estrategias experienciales esta ocasión imaginación para reparentalizar (ver tabla 7)

Tabla 7. *Ejemplo de reparentalización limitada*

T: Cierra tus ojos, visualízate en tu infancia en una situación desagradable. Puedes ver la imagen ¿Qué ves?
P: Veo a un niño sentado en el piso, en la casa de la abuela
T: ¿qué observas cuando miras al pequeño Andrés?
P: (pausa)... está rodeado de mucha gente, pero (pausa) está descuidado, sin dirección
T: ¿me permitirías hablar con el pequeño Andrés?
P: Bueno
T: ¿puedes verme en la imagen? ¿puedes verme sentada en el piso junto a Andrés?
P: Si.
T: Puedes hablarme como si fueras el pequeño Andrés. ¿dime que estas sintiendo?
P: (pausa larga) no sabe que hacer, se siente solo
T: ¿Qué tal si en esta imagen te abrazo muy fuerte, te gustaría?
P: Si
T: Ahora quiero que te introduzcas en la imagen, pero como el adulto que eres hoy. ¿ves al pequeño Andrés?
P: Si
T: ¿puedes ayudarlo a sentirse mejor?
P: (pausa) si
T: ¿Cómo lo ayudarías?
P: Le diría que esté tranquilo, que no está solo, que yo le voy ayudar (pausa larga) que voy a mostrarle como se deben hacer las cosas
T: ¿Cómo se siente el pequeño Andrés cuando escucha esto?
P: Siente que hay alguien a quien le importa, que va a estar alado de el para decirle como son las cosas
T: ¿Que más te gustaría decirle a Andrés para que no se sienta mal por lo que está pasando?
P: Que ese tranquilo que no es su culpa, que él es solo un niño, que la culpa es de los adultos que es responsabilidad de ellos su abandono
T: ¿cómo se siente el pequeño Andrés?
P: se siente más tranquilo

DISCUSIÓN

Andrés mejoró su capacidad de introspección, mediante la utilización de la técnica de autoobservación, permitiéndose reconocer una panorámica real de sus problemáticas. Como lo indica Ramírez (2009), en un

estudio en el que expresa que esta técnica permite la identificación retrospectiva de los elementos que generan dificultades, así como la planeación de cambios. Igualmente fue de utilidad el descubrimiento guiado coincidiendo con los estudios de Freeman, Pretzer, Fleming, y Simon (1990), que explica que esta técnica ayuda al paciente a que encuentre sus propias soluciones.

El paciente mejoró la autodisciplina, el manejo del tiempo y cumplimiento de responsabilidades tras la aplicación de estrategias como el registro de actividades, como lo refirió Alden (1989) en un estudio que indica que esta técnica se utiliza para que el paciente observe las situaciones desde una perspectiva objetiva y que lleve a cabo un análisis racional de lo que ocurrió.

Andrés mejoró sus habilidades de autorregulación tras la aplicación de técnicas como reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación y componentes conductuales, tal como lo indicó Capafons, (2001) en su estudio en el cual encontró que la reestructuración cognitiva, la relajación y la exposición aportan elementos necesarios y combinados son superiores a cada una de ellos por separado en cuanto a su eficacia y mantenimiento de resultados a largo plazo para mejorar habilidades de autorregulación.

En Andrés no hay cambios clínicamente significativos en cuanto a la hipersensibilidad y crítica al rechazo tras la aplicación de diferentes como reestructuración cognitiva y técnicas de exposición como refirieron Feixas, Antequera, Almuedo y Banch (2006) en un estudio donde expresan que un terapeuta bien intencionado que pretenda invalidar aspectos centrales de su sistema de creencias patológico puede frustrarse, porque a diferencia de otros más sanos, estos pacientes no tienen sistemas interpretativos alternativos para ser utilizados. Además, casi todas sus predicciones sociales involucran sus constructos nucleares de una manera relativamente directa.

Andrés mostro disminución de sus conductas evitativas al implementar técnicas de exposición en coincidencia con Crespo y Cruzado (2000), quienes confirman la eficacia de la técnica de exposición en el tratamiento de respuesta de evitación. Sin embargo, hubo dificultad para implementar la reestructuración cognitiva esto se debe a que no fue posible que pensamientos relacionados con su evitación llegaran al registro de pensamientos automáticos, pues causar malestar es un requisito indispensable que debe tener una situación para ser incluida en el registro de pensamientos automáticos, como Andrés aprendió a evadir

la ansiedad propia del trastorno al punto de eludir el malestar, pensamientos relacionados con su evitación nunca llegaron al registro de pensamientos automáticos de este modo cuando el paciente se enfrenta a situaciones que le causan ansiedad inmediatamente las posterga sintiéndose con esto aliviado, por lo que prácticamente en ningún momento se permite sentir malestar. Las intervenciones cognitivo-conductuales clásicas estarían dirigidas a reducir dicha ansiedad, lo que en este tipo de casos podría ser contraproducente pues con cada intento de solución se incrementaría el problema (Hayes & Melacon, 1989; Perez, 1996; Luciano, 1999; Luciano & Hayes, 2001) en este tipo de casos se hace necesario buscar alternativas encaminadas a permitir al paciente sentir el malestar propio de la ansiedad en lugar de reducirla, La terapia de esquemas fue diseñada para trabajar aspectos crónicos de los trastornos mas no los síntomas (Young et.al, 2013) por tanto fue necesaria la combinación de ambas terapias para este caso.

“La clave del trabajo psicoterapéutico con la persona evitativa consiste en ganarse su confianza y reducir, de este modo la vergüenza al tiempo que alentar la auto aceptación” (Wessler, et al., 2015 p. 366)

Los trastornos de personalidad son un reto de futuro extremadamente importante para la Psicología, ya que quizá sea la Psicología la que haya de evolucionar o cambiar de óptica para poder enfrentarse con eficacia al problema del tratamiento de todos y cada uno de los trastornos de personalidad. (Quiroga & Errasti, 2001). Abordar los trastornos de personalidad desde un enfoque dimensional que se centre en los rasgos de personalidad podría ser la clave para plantear una estrategia terapéutica exitosa (Pelaez, Reyes-Molón & Teijeira, 2013). En coincidencia con otros estudios se puede concluir que en la practica el tratamiento de los trastornos de personalidad pueden resultar efectivos y eficientes si es implementado de acuerdo con estrategias terapéuticas que incluyen intervenciones basadas en la evidencia disponible (Livesley, 2000).

Las limitaciones que se enfrentan quienes ejecutan o interpretan estudios sobre trastornos de personalidad son enormes, puesto que es difícil diseñar un experimento en el que las variables relevantes puedan controlarse o manipularse de forma sistemática, los investigadores, por tanto, no pueden disponer ni muchos menos subvertir un individuo con el propósito de llevar a cabo un estudio científico (Millon, Grossman, Millon, Meaghen, Ramnath, 2006).

Se necesitan más estudios de investigación para aclarar que tratamientos psicológicos son efectivos en los pacientes con ese trastorno dichas investigaciones se deben realizar mediante ensayos clínicos cuidadosamente diseñados (Gibbon, et al., 2010). Los resultados de este artículo no pueden ser generalizados dadas las limitaciones que presenta al ser un estudio caso único.

CONCLUSIONES

Como clínicos urge dominar un amplio abanico de técnicas para cubrir las diversas necesidades de nuestros usuarios y no forzar al paciente a encajar en las limitaciones del profesional. Para el tratamiento del trastorno de personalidad por evitación fue útil crear un protocolo ajustado a las dificultades del paciente implementando técnicas que han mostrado evidencia, mitigando así, la sintomatología, mejorando el funcionamiento general de la persona. Para evitar el abandono de la terapia fue muy útil la participación de su pareja, el constante fortalecimiento de la confianza y alianza terapéutica, fue necesario ser flexibles al implementar las técnicas que se ha decidido aplicar, permitirse cambiar la programación de las actividades en terapia cuando alguna técnica no sea acogida por el paciente. Se continúa en tratamiento dado que los trastornos crónicos son de lenta remisión, se reinicia el tratamiento farmacológico para los síntomas persistentes.

REFERENCIAS

- Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6).
- Alden, L. E. (en prensa). Tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En V. E. Caballo (dir.), Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad. Madrid: Síntesis.
- American Psychological Association Presidential. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61*, (4), 271-285.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric publishing.

- Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D., Fleming, B., Ottavani, R. & Beck, J. (1995). *Terapia de cognitiva de los trastornos de personalidad*. (2º ed.). Barcelona: Paidós.
- Bados, A. (2005). *Trastorno Por Estrés Postraumático*. (1ª. Ed.). Barcelona: Universidad de Barcelona
- Biblioteca nacional de medicina de los EE.UU. Recuperado el 10 de abril de 2016 de <http://www.nlm.nih.gov>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bregman, C. (2006). Psicoeducación en los trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 135-139.
- Capafons, A. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Costa, P. T & McCrae, R. R. (1994). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO FiveFactor (NEO-FFI) Inventory professional manual. Odessa, FL: PAR.
- Crespo, M & Cruzado, J.A: (2000). Técnicas de modificación de Conducta en el Ámbito de la salud. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). *I disturbi di personalita: Modelli e trattamento*. Roma: Laterza.
- Enciclopedia Médica [ADAM] (2005). Atlanta. Trastorno de la personalidad por evitación; [aprox. 2 p.].
Extraído de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000940.htm>
- Feixas, G., Antequera, M., Almuedo, G & Banch, L. (2006). Estructura cognitiva de los trastornos de personalidad de evitación y dependiente un estudio con la técnica de la rejilla. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 147-154
- Foa, E., Hembree, E & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. (1ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Gantiva, D., Luna, V., Davila, A & Salgado, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Avances de la disciplina*, 4(1), 63-70.

- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Vollm, B., Ferriter, M & Lieb, K. (2010). Intervenciones psicológicas para el trastorno de personalidad antisocial. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Goddard & Channey, D. (1997). Toward an integrate neurobiology of panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (2), 4-11.
- Haranburu, O.M., Joana Esteve, O.J., Guerra, P.J., Balluerka, L. N & Arantxa Gorostiaga, M.A. (2011). Trastorno de personalidad evitadora: etiología y tratamiento Avoidant personality disorder: etiology and treatment Haranburu Oiharbide M. *Psicologia*, 15-63.
- Hayes, S & Melancon, S. (1989). Comprehensive distancing. Paradox, and the Treatment of Emotional Avoidance. En M. Asher (Ed.). *Paradoxical procedures in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- Helson, R. (1993). Comparing longitudinal studies of adult development: Toward a paradigm of tension between stability and change. En D. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson & Widaman (Eds.), *Studying lives through time* (93-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Quiroga, R.E & Errasti P.J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Krypotos, A., Arnaudova, I., Effting, M., Kindt, M. & Beckers, T. (2015). Effects of Approach-Avoidance Training on the Extinction and Return of Fear Responses. *Plos one*, 10(7), 1 – 19.
- Labrador, F. J., de Quirós, M. B & Estupiñá, F. J. (2011). ¿Por qué se alargan los tratamientos psicológicos? predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración. *Psicothema*, 23(4), 573-579.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Livesley, W.J (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23,211-232.
- Lopez, P. A. (2016). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Young, Klosko & Wheishar (2003). *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 83-115.
- Lopez, I. A., Perez, J.J., Urdaniz A, Rubio, L.V. (1996). *IPDE International Personality Disorder Examination*. Madrid:Meditor.
- Loranger, A., Susman, M., Oldham, . A & Russakoff, J. (1987). *Internacional Personality Disorders Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- Luciano, M. C. (1999). La Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentos, características y precauciones. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. & Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 109-157.
- Macías, M. A., Orozco, C. M., Amaris, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estres psicologico. *Psicología Desde El Caribe*, 30(1), 123-145.
- McCrae, R. & Costa, P. T. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- McCrae, R. R. (2001). Trait psychology and culture: Exploring intercultural compararisons. *Journal of Personality*, 69, 819-846.
- Matusiewicz, A. K., Hopwood, C. J., Banducci, A. N & Lejuez, C. W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 657-685.
- Millon, T., Grossaman, S., Millon, C., Meagehen, S & Ramnath, D. (2006). *Transtornos de la personalidad en la vida moderna*. (2^o edición.). Barcelona: Masson. S.A.
- Moser, D. K. (2007). “The rust of life”: impact of anxiety on cardiac patients. American journal of critical care: an official publication, *American Association of Critical-Care Nurses*, 16 (4), 361-369.

- National Institute of Public Health and the Environment. [RIVM] (2009). Netherlands National Public Health Compass (edition 3.17). Extraído de <http://unfccc.int/resource/brazil/documents/rap728001011.pdf>
- Old, H.J & Fowler, J.C. (2013) *trastornos de personalidad (I)*. Barcelona: Medical Trends, S.L.
- Pelaez, J., Reyes-Molón, L & Teijeira-Levet, C. (2013). ¿Necesitamos el tratamiento farmacológico en el trastorno de personalidad?. *Acción Psicológica*, 10(1), 97-108.
- Pérez, M. (1996). *La Psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment outcome. En W. J. Livesley, *Handbook of personality disorders* (323-343). Nueva York: Guilford.
- Plomin, R., DeFries, J.; McClearn, G.; McGuggin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Barcelona: Airel. (edición original 2001).
- Plutchik, R., (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York: Harper & Row.
- Haranburu, O. M., Esteve, O. J., Balluerka, L. N., Gorostiaga, M. A & Guerra, P. J. (2011). Trastorno de personalidad por dependencia: etiología y tratamiento. *Psicología*, 15: 62.
- Romero, E. (2002). Investigación en psicología de la personalidad: Líneas de evolución y situación actual. *Boletín de Psicología*, 74, 39-78.
- Wessler, R., Hankin, S & Stern, J. (2015). *Trabajando con clientes difíciles* (1ºed). Bilbao: Descée de Brouwer
- Virués, J., Moreno R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765- 777.
- Swift, J. K & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 80, 4.
- Young, J. (1999). *Cuestionario de esquemas (YSQ)*. (1º ed.). Sarasota: Profesional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas guía práctica*. (1º ed.). Bilbao: Descée de Brouwer.
- Zayfert, C & Black, C. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach*. (1ª Ed.). New York: Guilford Press.