



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO.

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE  
NOVIEMBRE”. I.S.S.S.T.E.

“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE  
CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR  
EVITACIÓN. ESTUDIO DE CASO”

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

**BERENICE MARTÍNEZ CÁRDENAS**

DIRECTORA DE TESIS.

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA.**

REVISORA

**LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ**

SINODALES

**MTRA. BLANCA GIRON HIDALGO**

**MTRA. LAURA AMADA HERNANDEZ TREJO**

**MTRA. JANETT ESMERALDA SOSA TORRALBA**



CIUDAD UNIVERSITARIA

CDMX

2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Agradecimientos*

*Le agradezco a mi padre por apoyarme en cada paso que doy, por cuidarme y amarme cada día, por entenderme y jamás rendirse conmigo, por aceptar siempre lo que he querido y hacia donde me dirijo.*

*A mi madre por motivarme, por secar mis lagrima de agotamiento y celebrar cada victoria con alegría, por enseñarme a ser paciente, a seguir lo que me apasiona, a tener confianza de quien soy y de lo que soy capaz, por amarme tanto y aceptarme como soy.*

*A mi hermano por enseñarme a dar lo mejor de mí en todo lo que hago, le agradezco por brindarme su ejemplo y ser mi admiración, por nunca dejarme sola, por amarme y verme crecer.*

*A mi hermana que sin importar el kilometraje ha sabido mostrarme otra parte de la vida, me ha orientado, brindado apoyo y mostrado un amor incondicional.*

*A mi cómplice por ser parte de mi vida, por creer en mí y mostrarme que tan fuerte puedo ser y sobre todo por amarme y acompañarme en cada momento.*

*A la universidad y a todos y cada uno de mis profesores y compañeros por formar el camino que hoy recorro con orgullo.*

*A mis compañeras del hospital por ser tan bellas personas, por quererme e integrarme en todo momento.*

*Y a mí por tener el valor y la fuerza para seguir mis sueños y sin dudar de lo que quiero.*

Esta investigación fue realizada gracias al apoyo del Programa

PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EN PEDIATRÍA, EN EL CENTRO  
MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE. I.S.S.S.T.E.

2014-83/2-185

---

INDICE *“Intervención terapéutica en paciente con trastorno de personalidad por evitación. Estudio de caso”*.

**Contenido**

RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO 1. PERSONALIDAD .....	8
CAPITULO 2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN .....	14
CARACTERISTICAS DE DIAGNÓSTICO .....	22
CARACTERÍSTICAS DE APOYO ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO. ....	25
DESARROLLO Y CURSO .....	30
CUESTIONES CULTURALES RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO.....	35
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	36
CAPITULO 3 MÉTODOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	38
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.....	38
ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS COGNITIVAS .....	44
TÉCNICAS CONDUCTUALES .....	51
CAPITULO 4 MÉTODO.....	55
OBJETIVOS .....	56
TIPO DE ESTUDIO.....	56
PROCEDIMIENTO .....	58
CAPÍTULO 5 RESULTADOS .....	60
INTERVENCIÓN .....	65
DISCUSION.....	77
CONCLUSIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	90
ANEXOS .....	94

## RESUMEN

El caso de **A** parece ser una situación muy normal en la actualidad, en la que los adolescentes se aíslan, pero que hay que saber identificar cuando realmente deja de ser normal el que se aparten de los demás. **A** es una paciente que, de acuerdo a los criterios del DSM-V, presenta un trastorno de personalidad por evitación, el cual se descubrió que fue generado desde su infancia, causado por actos significativos emocionalmente para ella, lo cual dejó marcas que en la adolescencia se convirtieron en obstáculos para su crecimiento personal. Se trabajó con técnicas cognitivo conductuales. Se buscó que la paciente **A**; se conociera a sí misma, identificara sus emociones y las controlara en diferentes situaciones, que disminuyera la ansiedad ante el contacto con otras personas, erradicando poco a poco los miedos ante lo que los demás piensen de ella, a no sentirse juzgada, y tener la libertad de ser quien es, estableciendo una autoestima sana, así como practicar la comunicación con los miembros de su familia, con ayuda de terapia sistémica, fortaleciendo sus redes de apoyo. Las relaciones dentro de las familias, vivencias y recuerdos, forman gran parte del desarrollo de un ser humano, debemos recordar que es la base y el pilar para aprender gran parte de lo que somos y seremos, si estas bases son adecuadas y si se cuenta con una ayuda externa que nos abra los ojos acerca de cómo nos manejamos, encontraremos una mejora en el desarrollo personal de las nuevas generaciones.

*Palabras clave:* Trastorno de personalidad por evitación, técnicas cognitivo-conductuales, mindfulness.

## ABSTRACT

The case of A seems to be a very normal situation at the present time, in which adolescents are isolated, but that one has to be able to identify when it really stops being normal that they depart from the others. A is a patient who, according to the criteria of the DSM-V, presents a personality disorder by avoidance, which was discovered that was generated from her childhood, caused by acts emotionally significant for her, which left marks that in the Adolescence became obstacles to their personal growth. We worked with cognitive behavioral techniques. Patient A was sought; To know herself, to identify her emotions and to control them in different situations, to reduce anxiety in the face of contact with other people, gradually eradicating the fears of what others think of her, not feeling judged, and having the Freedom to be who they are, establishing a healthy self-esteem, as well as practicing communication with the members of their family, with the help of systemic therapy, strengthening their support networks. Relationships within families, experiences and memories, form much of the development of a human being, we must remember that it is the basis and the pillar to learn much of what we are and will be, if these bases are adequate and if you count With an external help that opens our eyes on how we manage, we will find an improvement in the personal development of the new generations.

*Key words:* Avoidance personality disorder, cognitive-behavioral techniques, mindfulness.

## INTRODUCCIÓN.

En el presente siglo XXI nos enfrentamos a situaciones psicológicas cada vez más agudas, los trastornos de la personalidad se están manifestando a edades más tempranas, lo cual nos coloca como psicólogos en un papel muy importante para apoyar al paciente y ayudarlo a salir adelante, acompañándolo con nuestros conocimientos que requieren estar actualizados y frescos, avanzando con la sociedad y trabajar conjuntamente con la propia voluntad del paciente.

El principal interés para realizar este trabajo de investigación es establecer un plan de estrategias psicoterapéuticas para mejorar la intervención en los pacientes pediátricos a los cuales se les ha diagnosticado o se les ha detectado algunos indicadores del trastorno de la personalidad, específicamente la evitación es uno de los trastornos que afecta profundamente las relaciones sociales que el paciente lleva a cabo, generando un auto-concepto distorsionado, una serie de repeticiones de pensamientos que lo hacen sentirse inferior a los demás, lo cual afecta gravemente la calidad de vida del mismo.

No hay nada como sentir la satisfacción de ver a un paciente desarrollando una vida plena, aprendiendo a conocerse, aceptarse, controlando sus impulsos y sus propias emociones.



## CAPITULO 1. PERSONALIDAD.

Los trastornos de personalidad tienen una gran importancia dentro de la psicología desde las últimas décadas, y tiene esta relevancia debido a que estos trastornos realmente causan deficiencias en la vida de las personas. Pero para poder entender en la actualidad como es que los trastornos forman parte de nuestras vidas, tenemos que conocer en un principio lo que es la personalidad.

La personalidad ha tenido diversos significados con el paso del tiempo. El primero de ellos se remonta alrededor de un siglo antes de Cristo; desde entonces los Griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura para lo cual las personas usaban mascararas para cubrir sus rostros; de esta forma se les facilitaba representar distintos estilo de vida, sin dejar de ser ellos mismos. Es decir, asumían diferentes personalidades dentro de una misma persona (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009). De ahí que el concepto de personalidad se origine del término “persona”. Como la máscara asumida por el actor, el termino persona sugería una pretensión de apariencia, es decir, la pretensión de poseer rasgos distintos de los que caracterizan realmente a la persona que hay detrás de la máscara. Al cabo del tiempo, el termino persona perdió su connotación de pretensión e ilusión y empezó a representar no a la máscara, sino a la persona real o a sus características explicitas (Millon y Grossman, Millon, 2001).

Posteriormente, encontramos que Cicerón (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009), definió el termino personalidad, enfocándose en cuatro diferentes significados: 1) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; 2) el papel que una persona desempeña en la vida; 3) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y 4) como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

En cuanto a la teología, que es el estudio de las cosas o hechos relacionados con Dios; se mencionaban que la definición de persona y esencia se relacionan. Por lo cual Boecio en el siglo VI sintetizó estos dos conceptos para dar origen al término personalidad, con el que se define a la persona como sustancia individual, racional y natural. Cuando se incluye el atributo de la racionalidad, se da origen a una gran cantidad de definiciones filosóficas, en donde principalmente se encuentra Santo Tomás de Aquino, quien exalta al individuo por encima de la realidad, pues pensaba que nada podía ser superior a la realidad que el ser posee (Allport, 1970, citado por Montaña, Palacios y Gantiva, 2009).

Por lo tanto, a lo largo de la historia, el significado del término ha pasado de ser una ilusión de lo externo a referirse a una realidad externa y, finalmente, a rasgos internos oscuros u ocultos. Hoy en día, la personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona (Millon, Grossman, Millon, 2006). Aunque es importante agregar que, en el ámbito social, se puede decir que la personalidad es el resultado reflejo de un sinnúmero de características pertenecientes a la base social en la cual se encuentra inmersa una persona, puesto que todo lo que ocurre en el contexto puede afectar o beneficiar a esta; además la personalidad se puede configurar a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba sus características individuales, que les permiten desempeñarse en la comunidad (Montaña, Palacios & Gantiva, 2009).

Otro punto importante que habría que resaltar y aclarar, es la confusión que suele presentarse ante nosotros con los conceptos de carácter y temperamento cuando hablamos de la personalidad. Aunque los tres tienen un significado similar son cosas muy distintas. El carácter se refiere a las características adquiridas durante nuestro

crecimiento y conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales. El temperamento, por el contrario, no es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos. Por tanto, el carácter refleja el resultado de la influencia de la educación, mientras que el temperamento representa la influencia de la naturaleza, físicamente codificada (Millon, Grossman, Millon, 2006).

La personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada rasgo hace más fuerte a los demás para generar un equilibrio, lo que provoca una estructura completa e integra de la personalidad.

Por ello, cuando se presentan ciertos síntomas de forma conjunta en la personalidad que se encuentran delimitados por los criterios de diagnóstico, podemos decir que hay una anormalidad en la personalidad y colocar los rasgos de la personalidad dentro de un trastorno que le corresponda.

Rara vez encontraremos en la práctica clínica a pacientes que cumplan con todos los rasgos de la personalidad para diagnosticar un trastorno. Por lo general cumplen con la mayor parte de los criterios, y con eso basta para poder decir que se encuentra en determinado grupo y comenzar, en base al diagnóstico, a dar un tratamiento.

### *NORMALIDAD Y ANORMALIDAD.*

Antes de adentrarnos a lo que son los criterios de diagnóstico, tenemos que hablar de la normalidad y anormalidad, para no confundir los síntomas y nuestras observaciones clínicas con lo que realmente podría ser un caso de trastorno de personalidad.

Cuando hablamos de normalidad y anormalidad, no se puede dar una definición exacta y precisa debido a que estas definiciones cambiarían de acuerdo al contexto en donde nos estemos desarrollando. Esto se debe a que ambos conceptos con su definición están dados por un contexto social, así como todas las definiciones de patologías, mal, malestar, enfermedad o trastorno, que se encuentran cargadas de valores y son circulares (Feinstein, 1977, citado por Millon, Grossman, Millon, 2001).

Dada esta base social, es probable que la mejor definición de normalidad sea la conformidad con los comportamientos y costumbres típicos del propio grupo o cultura. Por lo tanto la patología que dictará el camino hacia la anormalidad, se definirá a partir de los comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos de los del grupo de referencia. La normalidad y la anormalidad se encuentran en un continuo (Millon & Masson, 2006). Cuando se cumple con ciertos rasgos desadaptativos de la personalidad, estos con el tiempo se pueden ir agravando, y convertirse en algo aún más complicado para el tratamiento, o sea, pasan de un estado de salud a uno patológico.

El ser humano fácilmente se encuentra en situaciones generadoras de conflictos, ante estos conflictos, si llegan a permanecer algún tiempo y se le van sumando otros sin resolver, la persona comienza a sentirse prisionera de sus problemas, bloqueados e impotentes, al cabo de un tiempo comenzarán a enfermarse.

No cabe duda alguna de que la actitud positiva ante la vida, la solidez de la estructura mental y los mecanismos de defensa que se tengan, pueden ser determinantes para conseguir un buen equilibrio. Una actitud optimista evita la aparición de algunos trastornos, aun en esta sociedad del siglo XXI donde vivimos, caracterizada por unos niveles de exigencia totalmente asfixiante, que hacen que nuestra salud mental sea difícil de mantener. Todos podemos caer enfermos, pero no todos vamos a manifestar de igual forma la enfermedad (Rodríguez, 2012).

Se puede entender que la normalidad y anormalidad depende en gran parte de la capacidad que tienen las personas para poder realizar sus actividades sin cargar con conflictos que no les pertenecen, para conseguir meditar, reflexionar acerca de las problemáticas que los acechan día con día y encontrar una solución que los lleve a sanar su estado de insatisfacción antes de que se convierta en una enfermedad.

La salud mental consiste en saberse manejar, con el mayor equilibrio posible en situaciones de desequilibrio. Ello implica que tales situaciones de dificultad no nos impidan llevar a cabo, las actividades habituales, ni alteren nuestras relaciones en una medida llamativa (Rodríguez, 2012).

Es necesario trabajar para obtener lo que se desea y como se desea, el sufrimiento es parte de la vida, lo importante es saber sacarle provecho a las situaciones de desequilibrio, crecer y seguir avanzando para no quedarnos en ese estado.

### *TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.*

Los trastornos de la personalidad se distinguen por tres características patológicas (Millon, 1969 en Millon, Grossman y Millon, 2006). La primera procede directamente de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario: los trastornos de la personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. Las personas acostumbran a tener estrategias para afrontar algunas dificultades que se presentan en su vida, si alguna estrategia no funciona, la desechan y recurren a otras que les sean más eficientes. Pero las personas que presentan algún trastorno de personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con mínimas variaciones, lo que hace que permanezcan en un círculo sin encontrar la salida, lo que provoca estrés, una

vulnerabilidad amplificada, generando situaciones críticas y produce una percepción de la realidad social cada vez más distorsionada.

La segunda característica se solapa con la primera: las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible en cuanto al papel que se desempeña, es decir, la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone. Cuando la situación limita la conducta, el comportamiento de las personas normales tiende a coincidir, independientemente de la personalidad. En cambio, las personas con un trastorno de la personalidad disponen de pocas estrategias y conductas alternativas, y las imponen rígidamente sobre unas circunstancias para las que no encajan. Las personas con un trastorno de personalidad impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, que constriñen el curso de la interacción. Dado que no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Entonces, cuando el entorno no se adapta a la persona se produce una crisis en el sujeto, lo cual produce una reducción de sus oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

La tercera característica es una consecuencia de la anterior, ya que cuando la persona no es capaz de cambiar, su vida se vuelve un círculo vicioso que afectará en todas sus áreas de desarrollo, debido a que repiten estos patrones. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos y que suelen ser variaciones mínimas sobre unos pocos asuntos relacionados con la autodevaluación (Millon & Masson, 2006, citado en Millon, Grossman y Millon, 2006).

## CAPITULO 2. TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.

La etiqueta de personalidad por evitación es relativamente nueva y fue acuñada por Millon (1969) (citado por Beck y Freeman, 1995), como una designación descriptiva de los individuos que se distinguían por su aversión activa hacia las relaciones sociales, en contraposición a la aversión pasiva.

Ahora bien, hablaremos de la fenomenología de este trastorno de personalidad por evitación, el cual primeramente se define como un patrón general de inhibición social, con sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, a partir de la edad adulta está presente en una variedad de contextos, se diagnostica si la persona puntúa con cuatro (o más) de los siguientes indicadores del DSM-V, (American Psychiatric Association, 2014):

Ψ Tabla 1 criterios de diagnóstico

Criterios de Diagnóstico.	301.82 (F60.6)
1. Evita actividades ocupacionales que implican el contacto interpersonal importante debido a los temores a las críticas, la desaprobación o rechazo.	
2. No está dispuesto a involucrarse con las personas, con excepciones de algunos seres queridos.	
3. Los programas de contención dentro de las relaciones íntimas, esto debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado.	
4. Se preocupa por ser criticado o rechazado en situaciones sociales.	
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido a sus sentimientos de insuficiencia.	

6. Se observan a sí mismos como seres socialmente ineptos, personalmente poco atractivos o inferiores a otros.

7. Inusualmente reacios a asumir riesgos personales o para participar en nuevas actividades, ya que pueden resultar en algo embarazoso.

Un aspecto sumamente importante dentro del trastorno de la personalidad por evitación, sería la afectación en el área interpersonal de los pacientes. Basta con que una persona les haga sentir incomodos, o desate sus miedos al rechazo o al ridículo para que ellos mismos se excluyan y eviten el contacto con los demás. No es necesario que se le ofenda con palabras, puede ser un simple gesto, un sonido, o una mirada extraña para sentirse juzgados, algunos lo demuestran con gran ansiedad en su lenguaje corporal, rechinan los dientes, su tono de voz se vuelve cada vez más bajo, las palabras se identifican menos debido a una pronunciación inadecuada, pues se habla entre dientes, presentan sudoración en las manos o en el rostro, en algunos casos colocan su cabello frente a su rostro para no ser vistos, cruzan las piernas o brazos, evitan el contacto visual, etc. Es útil analizar las características psicológicas de los sujetos que padecen trastornos de personalidad en función de las concepciones que tiene de sí mismos y de los otros, de sus creencias y estrategias básicas, así como de sus principales afectos. De este modo el terapeuta obtiene perfiles específicos cognitivo-conductuales-emotivos que le ayudan a comprender cada trastorno y le facilitan el tratamiento (Beck, A. 2005, citado por López, P y André, F, 2010).



*TIPOS DE PERSONALIDADES EVITADORAS (Millon & Masson, 2006, citado por Millon, Grossman y Millon, 2006).*

Existe una clasificación para cada variante de la personalidad evitadora dependiendo el contexto social en el que se desarrollen, para ello Millon & Masson en el 2006, nos aportan una descripción a fondo para identificar la personalidad de los pacientes.

#### *El evitador con conflictos.*

Una característica de la personalidad evitadora radica en el conflicto entre el deseo de intimar con los demás y el miedo a la vulnerabilidad, se muestran ambivalentes respecto a sí mismos y a los demás. Idealizan a sus amigos íntimos y compañeros, pero si su sentido de la autonomía se ve amenazado, tratan de boicotearles o humillarles. Al referirnos a un evitador con conflictos nos referimos a una combinación de características de la personalidad negativista. Es decir, nos podemos encontrar con tendencias básicas de retraimiento típicas del patrón evitador, pero expresadas de forma similar a la tendencia negativista a la “guerra de guerrillas” en el ámbito interpersonal.

#### *El evitador hipersensible*

Este tipo de evitador incorpora características propias de la personalidad paranoide, pero tiene un mayor contacto con la realidad. Si bien los paranoides suelen ser demasiado independientes y no pueden admitir ninguna vulnerabilidad personal, ni siquiera ante sí mismos, reconocen sus propias limitaciones, aunque las atribuyen tanto a las maniobras de los demás como a un aspecto personal suyo. Su aprehensión generalizada se acompaña a menudo de estados de ánimo intenso y variable que se manifiestan mediante periodos prolongados de autoreproches e irritabilidad. Esperan que la gente los rechace y humille.

Su estrategia habitual consiste en aislarse en un intento de protegerse y mantener una distancia de seguridad en cualquier situación que implique involucrarse emocionalmente. Cuando el evitador hipersensible llega al punto en que su autoestima está a punto de derrumbarse, puede presentar características paranoides más graves y llegar a creer que su “yo patético” es el resultado de acciones encubiertas de los demás encaminadas a boicotearles o a conseguir que ellos mismo se inhiban. Aquellos rasgos paranoides pre mórbidos pueden inclinarse más bien a pensar que la causa de su falta de adecuación radica en los demás.

### *El evitador fóbico*

Atrapados en sus deseos, por un lado, y el temor a la posibilidad de abandono por otro, los evitadores fóbicos encuentran un sustituto simbólico en el que proyectan o desplazan su miedo y su ira. Así pues, su incontrolable sensación de ansiedad o temor, difícil de soportar, se concreta y se desvía de su verdadero origen: no hay que temer al novio o novia, sino al perro del vecino. Al evitar esta situación o el objeto sobre el que han desplazado su miedo, tratan de alivianarse dejando atrás el símbolo de sus ansiedades. Para muchos evitadores fóbicos, la expresión del miedo ante la presencia del objeto de la fobia también presenta un llamamiento a la compasión, un deseo de hacer un uso instrumental del temor como medio para evitar el rechazo y las amenazas de abandono mediante la búsqueda de apoyo de personas, de otro modo, no le mostrarían ese apoyo. De esta forma, los evitadores fóbicos pueden distanciarse con éxito de las situaciones que les producen ansiedad, al mismo tiempo que obtienen cierto apoyo por parte de los demás.

### *El evitador interiorizado*

Combinan el retraimiento social (interpersonal) característico del evitador, con la autodevaluación producto de la reflexión (cognitiva) que caracteriza a la personalidad depresiva. Estos individuos se encierran en un mundo de fantasía que sustituye a la vida real para evitar el malestar que les produce tener que relacionarse con los demás. Sin embargo, se dan cuenta de que están empleando esta táctica, y ser conscientes de las inadaptaciones que sufren les causa un profundo dolor. De forma progresiva, la fantasía va perdiendo eficacia y sus pensamientos se centran cada vez más en lo miserables que son sus vidas y en la angustia de experiencias pasadas. Cada vez se toleran menos a sí mismos y buscan con más ansia liberarse de su propia consciencia, una abnegación existencial de su individualidad. Algunos llegan a abandonarse desde el punto de vista psicológico y físico. Muchos otros prefieren intentar suicidarse para dejar de sentir repudia ante su propia identidad.

### *Etiología*

Un aspecto importante que hay que tomar en cuenta cuando hacemos una historia clínica del paciente, es la forma de relacionarse con los demás, y principalmente con su familia, ya que son la base de su formación en cada una de las áreas de su vida. La forma de manejar sus emociones y comportamientos, es decir este vocabulario emocional, está relacionada en gran parte con la convivencia y trato de sus padres.

Los vínculos con padres autoritarios o negligentes facilitan vivencias que interiorizadas, laboran en la construcción de un modo de ser evitativo y miedoso (Bowles & Meyer, 2008, citado por Martínez, E, 2011).

Las personas con trastorno de personalidad por evitación suelen ver de forma retrospectiva a sus padres como poco cálidos, indiferentes, autoritarios, poco afectivos,

sobreprotectores, controladores y coercitivos (Caballo, 2004, citado por Martínez, E., 2011).

Los estilos de crianza centrados en la preocupación excesiva por la evaluación social y la sobreprotección y la crítica constante, parecen tener relación con los trastornos de ansiedad (Herbert, 2007 citado por Martínez, E., 2011). Caballo en el 2004 menciona que no solamente la sobreprotección favorece al mantenimiento de los temores. El modelado, por parte de los 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 el trastorno de personalidad por evitación.

Algunos aspectos como pocos logros deportivos en la adolescencia, debido a la ansiedad social o dificultades motrices que generan miedo al fracaso, pueden colaborar interactivamente en la aparición de la evitación (Kristensen & Torgersen, 2007, citado por Martínez, E., 2011), esta situación es la que se puede observar con mayor frecuencia dentro del ámbito hospitalario, la mayoría de los diagnósticos tienen como consecuencia perdida de alguna habilidad física o intelectual, también experiencias sociales traumáticas asociadas a la burla o al error (Caballo et al, 2004). Aspectos como la clase social, puede generar contextos facilitadores, pues así como suele verse más narcisismo en las clases altas, los patrones de retirada pueden ser característicos en las clases bajas (Millon & Grossman, 2007, citado por Martínez, E., 2011). De igual forma, la falta de oportunidades para interactuar con otros niños, las restricciones sociales y los déficits de exposiciones sociales pueden aportar en el bajo desarrollo habilidades sociales (Caballo, 2004).

Algunos de los rasgos del trastorno de personalidad por evitación pueden detectarse temperamentalmente desde la primera infancia, sin embargo, los primeros síntomas

aparecerán en la adolescencia, en donde se dará mayor exigencia en el uso de habilidades sociales y la autoconciencia (Caballo, 2004, citado por Martínez, E., 2011) y se cristalizará el trastorno en la etapa adulta (Alden, Melling & Rydero, 2004, citado por Martínez, E., 2011).

El rechazo parental intenso y frecuente, a veces sutil o pasivo como en el caso de los padres alcohólicos y el grupo de compañeros, debilitan cualquier sentido de competencia y la autoestima, potenciando sentimientos de soledad y juicios sobre sí mismo donde confirman que son inferiores, que no tienen ningún atractivo. La ansiedad y desconfianza resultante en un mundo percibido como hostil les conduce al aislamiento social. Las deformidades físicas también pueden precipitar el trastorno (Millon, Grossman y Millon, 2006).

Visto desde la psicoterapia metacognitiva, las personas con trastorno de personalidad por evitación pasan por ciertas facetas o estados mentales según nos menciona Procacci & Popolo (2008) citado por Martínez, E., 2011, los cuales son 7, a saber:

- Ψ ***Estado de extrañeza:*** En donde la persona experimenta el mundo metafóricamente como dentro de un bunker de cristal o con un muro entre él y los demás, se siente extraño en un lugar en donde intenta participar pero no lo hace; se experimenta a una distancia lejana de los demás.
- Ψ ***Estado de exclusión:*** Es el estado típico en donde prevalece el temor al juicio negativo y la baja autoestima que generan vergüenza e incomodidad, aumentando la distancia interpersonal.
- Ψ ***Estado de miedo y amenaza:*** En donde al enfrentar, especialmente situaciones nuevas, surge el miedo y se siente intimidado ante la mirada de los demás en donde percibe una amenaza, un reproche o una intención maligna.

- Ψ ***Estado de rechazo:*** En donde la persona se percibe humillada, rechazada y con mala evaluación, al no poder acceder a la mente del otro, interpreta las señales interpersonales como burla y confirma sus teorías como una profecía autocumplida.
- Ψ ***Estado de injusticia sufrida:*** Que se presenta en las pocas relaciones cercanas que posee en donde tiene una especie de “jaula dorada”, pues es bueno tener estas relaciones pero las mismas lo limitan en su expresión, manifestando silenciosamente su rabia o utilizando estrategias que lo alejen de dichos estímulos ambientales.
- Ψ ***Estado de desquite narcisista:*** Se caracteriza por una especie de autoexaltación con indiferencia y desdén del juicio ajeno, se siente por primera vez dueño de la situación y experimenta el deseo de “desquitarse” de la vida que llevaba; a pesar de ello, los sentimientos de no-pertenencia, de ser diferente y de distancia permanecen. Este estado suele presentarse en fases avanzadas del tratamiento o del cambio.
- Ψ ***Estado de gratificación solitaria:*** Huyendo del malestar busca formas de gratificación teniendo pequeños espacios solitarios donde complacerse.

## CARACTERÍSTICAS DE DIAGNÓSTICO

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos (American Psychiatric Association, 2014).

### CRITERIO 1

Los individuos evitan las actividades laborales por el diagnóstico del trastorno de la personalidad por evitación, ya que implica el contacto interpersonal, y para ellos es importante debido a los temores a las críticas, la desaprobación o rechazo.

### CRITERIO 2

Las ofertas de trabajo pueden ser rechazadas porque las nuevas responsabilidades podrían dar lugar a críticas por parte de los compañeros de trabajo. Estas personas evitan hacer nuevos amigos a menos que estén seguros de que serán aceptados sin ser criticados, hasta que pasen las pruebas rigurosas que demuestren lo contrario, otras personas se asumen el papel de ser criticados y desaprobados. Las personas con este trastorno no se suman a las actividades grupales a menos que se repitan generosos ofrecimientos de apoyo y confianza.

### CRITERIO 3.

En cuanto a las relaciones interpersonales, es a menudo difícil para estas personas, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay una seguridad de la aceptación acrítica. Pueden actuar con moderación, tiene dificultad para hablar de sí mismos, y retener los sentimientos íntimos por temor a ser expuestos, ridiculizados o avergonzados.

#### CRITERIO 4.

Debido a que las personas con este trastorno se preocupan por ser criticados o rechazados en situaciones sociales, pueden tener un umbral notablemente bajo para la detección de este tipo de reacciones. Si alguien les demuestra un poco de desaprobación o crítica, pueden sentirse realmente muy heridos. Ellos tienden a ser tímidos, tranquilos, inhibidos, y con una idea de querer ser "invisibles" por el temor de que cualquier atención sea degradante o que reciban actitudes de rechazo por parte de los demás. No importa lo que los demás opinen respecto a su persona, ellos siempre lo verán como algo "malo" y que no pueden hacer nada en lo absoluto. Reaccionan fuertemente a las señales sutiles, sugestivas de burla y escarnio. A pesar de su deseo por participar activamente en la vida social, sienten temor al colocar su bienestar en manos de otros.

#### CRITERIO 5

Las personas con trastorno de la personalidad por evitación se inhiben en nuevas situaciones interpersonales porque se sienten inadecuados y tienen una baja autoestima.

#### CRITERIO 6

Las dudas relativas a la competencia social y el atractivo personal se manifiestan especialmente cuando requieren ajustarse en las interacciones con extraños. Estas personas creen que son socialmente ineptas, personalmente poco atractivo, o inferiores a los demás.

#### CRITERIO 7

Por lo general son reacios a asumir riesgos personales o para participar en las nuevas actividades debido a que estos pueden resultar embarazosos. Son propensos a



exagerar los peligros potenciales de las situaciones ordinarias, y llevar un estilo de vida restringido. Una persona con este trastorno puede cancelar una entrevista de trabajo por miedo a ser avergonzado por no vestirse adecuadamente. Síntomas somáticos marginales u otros problemas pueden convertirse en la razón para evitar nuevas actividades.

## CARACTERÍSTICAS DE APOYO ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO.

Como anteriormente se había resaltado, las personas con trastorno de la personalidad por evitación a menudo evalúan atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes entran en contacto. Su actitud temerosa y tensa puede provocar el ridículo y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus dudas. Estos individuos están preocupados constantemente por la posibilidad de cómo pueden reaccionar a las críticas, por ejemplo el ruborizarse o llorar. Son descritos por otros como "tímidos", "solitarios" y "aislados". Los principales problemas asociados con este trastorno se presentan en sus funciones o participaciones sociales y ocupacionales. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo se asocian con los contactos interpersonales restringidos. Estos individuos pueden llegar a ser relativamente aislados y por lo general no tienen una red de apoyo (American Psychiatric Association DSM-V, 2014).

Desean afecto y aceptación y pueden fantasear con relaciones idealizadas con los demás. Los comportamientos de evitación también puede afectar negativamente el funcionamiento ocupacional o laboral, debido a que estas personas tratan de evitar los tipos de situaciones sociales que pueden ser importantes para satisfacer las demandas básicas del trabajo o de ascenso.

En cuanto a sus emociones suelen mostrarse ansiosos, asustadizos, pensar que viven en un mundo en donde se puede ser aniquilado en su dignidad o empujado al vacío de la inexistencia. El temperamento ansioso y la vulnerabilidad psicológica restringen a la persona, presionándola a permanecer en el polo de la tensión y la ansiedad, transitando por diversos niveles, vistos desde el existencialismo se podrían clasificar en tres según Romero 2008, citado por Martínez, E. 2011:

- La aprehensión. Comprendida como un temor o leve inquietud. La persona se siente presionada y aprisionada en una situación amenazante. Se siente leve tensión haciendo referencia a un objeto externo que intranquiliza.
- La ansiedad. Comprendida como temor ante una amenaza posible, surge como fruto de una valoración de la persona que siente en riesgo un valor propio (su proyecto vital, su autoestima...), la amenaza se vive como un sentimiento de impotencia ante algo que lo dejará en situación de humillación, desprotección, descrédito o menosprecio. Se experimenta como tensión e intranquilidad motora, hipersensibilización a lo que le preocupa, disminución de la concentración, aumento de la reactividad fisiológica con posible irritabilidad.
- La angustia. Comprendida como ansiedad general que debilita las defensas de la persona, llevándola incluso al desamparo y a un estado de zozobra existencial que la mantiene agitada emocionalmente, presionándola a distensionarse de alguna manera. La persona debate entre la depresión y la angustia, se cuestiona el sentido de la vida, la sensación de muerte empieza a rondar y el catastrofismo se apodera de la mente. Se alteran las funciones vegetativas (hambre, sueño, sexo), la tensión muscular aumenta, el sueño no repara, se hace muy difícil la concentración y el cansancio reina.

El miedo, como una forma particular de la ansiedad, hace parte de la experiencia constante de este modo de ser; si bien, el miedo es una forma de ansiedad, vale la pena diferenciarlo al contemplar este último como un temor a algo objetivo y conocido, inmediato y concreto, mientras la angustia es fruto de lo subjetivo y desconocido, lo meramente posible (Wamba, 1997, Romero, 2008, citado por Martínez, E. 2011), las dos sensaciones ansiosas se mezclan en el trastorno de personalidad por evitación, por un lado, interpretan que serán tratados como fueron tratados alguna vez y por otro lado, la simple preocupación por lo desconocido los

agobia, pues “algo inesperado y embarazoso puede ocurrir” (Beck, 2005 citado por Martínez, E., 2011).

Básicamente estos rasgos en la personalidad, suelen ser desencadenados por situaciones hostiles y conflictivas en el hogar, en donde hayan pasado por momentos de rechazo, desplazamiento o poca participación en las situaciones dentro de la familia. Esto afecta en su percepción de sí mismos, en su auto-concepto, les genera baja autoestima y esperan constantemente ser tratados de la misma forma en la que se les trató dentro de la familia, principalmente con sus figuras parentales.

Algunas de estas actitudes salen a la luz desde los primeros días de vida, son bebés con características hostiles, lloran constantemente y son enfermizos, lo que hace que los padres los eviten y se comporten con ellos con cierto rechazo y descontento. Para la infancia y la etapa escolar, suelen mostrarse ante los demás con actitudes de retraimiento, tímidos, ansiosos, con fuertes cargas de ira reprimida, poco sociables y evitan las actividades en grupo o la presentación de algún discurso ante la clase, ya que tienen un fuerte miedo a ser rechazados o juzgados por sus demás compañeros (Beck, 2005 citado por Martínez, E. 2011).

A continuación se habla de los ámbitos estructurales y funcionales de la personalidad evitadora (Millon & Davis, 2001).

Los *ámbitos funcionales*, tenemos que para el comportamiento *expresivo*, se comportan de forma *ansiosa*, presentan un estado de inquietud y desasosiego, de temor, vacilación e impaciencia; reaccionan exageradamente a situaciones en donde se encuentran expuestos, como si significasen ridículo, crítica y desaprobación. En cuanto a su *comportamiento interpersonal*, tenemos que se muestran *aversivos*, se distancian de las actividades que implican relaciones

personales íntimas, y refieren una larga historia de ansiedad y desconfianza social; buscan aceptación, pero no tienen voluntad alguna de implicarse a menos que tengan la certeza de que gustará, manteniendo la distancia y la privacidad para evitar sentirse avergonzado y humillado. En cuanto al *estilo cognitivo* se muestran *distraídos*, rastrean constantemente el ambiente para identificar amenazas potenciales y están preocupados por pensamientos y observaciones irrelevantes e intrusos; esta corriente interna de ideas irrelevantes interfiere la continuidad del pensamiento y la comunicación social y las apreciaciones adecuadas. Sus *mecanismos de regulación*, serían recurrir a la *fantasía*, depender excesivamente de la imaginación para conseguir la satisfacción de las necesidades, el establecimiento de la confianza y la resolución de los conflictos; se adentra en sus ensoñaciones para descargar los afectos frustrados y los impulsos coléricos sin poner en peligro su seguridad (Millon & Davis, 2011).

*Los ámbitos estructurales* son aquellos en donde nos encontramos con la *imagen de sí mismos, alineados*, donde se ven a sí mismos socialmente ineptos, inadecuados e inferiores, lo que justifica el aislamiento y el rechazo que reciben de los demás; se sienten poco atractivos como personas, devalúan sus logros y refieren una sensación persistente de soledad y vacío. Sus *representaciones objetales*, aquellas en donde las representaciones internalizadas están compuestas por reactivaciones intensas y conflictivas de los recuerdos sobre las relaciones tempranas problemáticas; muchas limitaciones para experimentar o recordar gratificaciones y pocos mecanismos para canalizar las necesidades; controlar los impulsos, resolver conflictos o amortiguar los estresantes externos. Su *organización morfológica, frágil*, nos encontramos con un complejo precario de emociones tortuosas que dependen casi exclusivamente de una única modalidad para su resolución y liberación, es decir, evitación, escape y fantasía; de este modo, cuando se enfrentan a riesgos

personales, oportunidades nuevas o situaciones estresantes que no habían anticipado, disponen de pocas estructuras morfológicas y se pueden volver hacia atrás en una descompensación regresiva. En lo que respecta al *estado de ánimo*, son *angustiados*, describen confusos y constantes estados de tensión, tristeza e ira; vacilan entre el deseo de afecto y el embotamiento afectivo (Millon & Davis, 2001).

## DESARROLLO Y CURSO

El comportamiento de evitación, como se mencionaba anteriormente, a menudo comienza en la infancia o en la niñez con la timidez, el aislamiento y el miedo a los extraños y a situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común de trastorno de la personalidad por evitación, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que envejecen. En contraste, las personas que van a desarrollar el trastorno de personalidad por evitación pueden llegar a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes. Hay alguna evidencia de que en los adultos, el trastorno de la personalidad por evitación tiende a ser menos evidente o se remite con la edad. Este diagnóstico debe utilizarse con gran precaución en niños y adolescentes, para quienes el comportamiento tímido y de evitación puede ser parte del desarrollo apropiado (DSM-V American Psychiatric Association, 2014).

En algunos casos no se puede recibir un tratamiento por una o más razones. Entre los problemas más comunes que originan que un paciente no pueda ser diagnosticado están los siguientes, según el diagnóstico del manual de psiquiatría (2009):

1. En los cuales se sospecha el trastorno, pero los síntomas son mínimos.
2. En los cuales se sospecha más de un trastorno, pero los síntomas no son suficientes para unificar los criterios en cualquiera de sus posibilidades.
3. En los cuales los síntomas sugieren dos o más padecimientos, pero en forma atípica o confusa.
4. En los cuales la cronología de los síntomas importantes no puede ser precisado.
5. En los cuales, es imposible obtener la historia clínica necesaria para el establecimiento de un diagnóstico.

Ahora bien, el evitador suele vivir de diferentes formas, como sabemos no podemos catalogar a todos los pacientes en un solo grupo, aunque presenten características generales tendrán sus particularidades, dependen de todo lo que les rodea desde edades tempranas. Estos llegan a experimentar:

Una pérdida de sí mismos. Cuando se sienten inadaptados, fuera de, y por más que intentan ser parte de algo no se encuentran ni a ellos mismos como individuos, se genera un conflicto en donde dejan de creer en su propia existencia y se apartan de los demás. Permanecen cerrados al mundo, no pueden apropiarse de nada, viviendo con el sentimiento de no-pertenencia. De esta forma, queda atrapado en la otredad que le permite reconocerse; se pierde de sí, pues sin el otro no puede conocerse como existente. (Millon y Grossman, 2001).

Constantemente se encuentran con sentimientos de intensa angustia, por no saber cómo protegerse de los demás y de ellos mismos, su ansiedad por pertenecer, pero al mismo tiempo desaparecer y no ser visto los deja exhaustos, pues su pensamiento se encuentra focalizado en no ser dañado, pertenecer, pero evitar llamar demasiado la atención pues esto lo pondría en total desventaja y se sentirían expuesto para ser lastimados.

Es este punto en donde no solo se aíslan del mundo sino de sus propias emociones, su tolerancia es baja ante cualquier situación en la que se irriten, no solo ante las emociones negativas, sino ante cada sensación, emoción que genere un conflicto, puede o no estar sucediendo en realidad, puede que él mismo la esté provocando para sí en su mente, pero la evita a toda costa. La evitación de emociones negativas es un rasgo común a todos los seres humanos y en especial en los trastornos de personalidad; sin embargo, el TPE se distingue de los demás por la evitación de las emociones positivas, en este modo de ser evitan cognitiva y comportamentalmente



todas las emociones con independencia de su valor, se mantienen creencias negativas acerca de la experimentación de lo emocional y se es dominado por los miedos sociales a expresar emociones (Taylor, Lapsa y Alden, 2004).

Atraviesan por un proceso que Millon & Grossmann (2006), denominan como la búsqueda de la certeza interpersonal, en donde los individuos aspiran para obtener la seguridad absoluta de que pueden ser queridos y jamás avergonzados o humillados, para poder así relacionarse. Pero al final la internalización de sus ideas, el repensarlas acompañadas de una fuerte inseguridad, miedo y angustia, hace que no lleven a la práctica ninguna de las estrategias para enfrentarse a la sociedad, ya que jamás encontrarán el mejor momento para realizarlo.

Utilizan su cuerpo como si fuese una armadura, su posición siempre aparenta estar tensa, su respiración no es profunda, no mantiene contacto visual, su tono de voz suele ser bajo. La persona intenta cuidar su organismo psicofísico, algo que tan solo pre-reflexivamente puede intuir como valioso en su intimidad. La evitación del daño es alta (Taylor, Lapsa & Alden, 2004), tal vez tan grande como la dignidad que intentan proteger. Su apariencia es fría, tensa y ocasionalmente tosca, sutilmente como un animal que intenta persuadir a su depredador del ataque, aunque en casos más restringidos su rostro no puede ocultar la tez pálida y angustiada, con ojos y mirada hiperalerta, cierto matiz de paranoia e intranquilidad.

El miedo a no ser visto en su dignidad, los empuja a la huida de contextos en donde se sienten evaluados, la generalización de los contextos de evaluación lleva al completo aislamiento. El miedo al rechazo en las relaciones interpersonales y la asunción de que sí expone el “yo real” corroborara su miedo (Beck, 2005), cuando se sienten vulnerables y creen que pueden estar expuestos a críticas, burlas, o una terrible ansiedad por relacionarse con los demás, comienzan a generar ideas en su cabeza, lo que los hace

sentirse menospreciados por los demás, pero debido a sus propias ideas. Los evitadores rastrean constantemente su entorno en busca de señales de peligro. Sensibles a los sentimientos e intenciones más sutiles de los demás, son observadores muy agudos que aprecian cualquier movimiento y expresión en las personas que les rodean. Estos instrumentos tan sumamente sensibles captan y amplifican cualquier acción casual y la interpretan como una señal de escarnio y rechazo (Millon, 2001).

Su forma de interpretarse a sí mismo, al mundo y a los demás les genera reglas de funcionamiento en donde deben ocultarse, puesto que si los llegan a conocer bien, se darán cuenta de que no son valiosos o son inferiores, deben actuar de forma natural para que no se den cuenta de sus miedos, descartando cualquier información de otros que reconozca su valía, en donde queda atrapado y sin posibilidad de verse diferente, situación que podría explicar por qué a pesar de la experiencia constante de ansiedad, la misma no se extingue (Herbert, 2007).

El estilo cognitivo les permite “cambiarse el tema a sí mismos”, es decir, la evitación cognitiva de los contenidos inaceptables, les brinda esta característica que en ocasiones los hace sentir vagos y un poco incoherentes mentalmente; utilizan como estrategia la interferencia cognitiva como una forma de defensa (Millon & Davis, 2001). Suelen desbordarse internamente en detalles ambientales poco importantes, su cabeza no para de pensar en las intenciones de los demás preocupados por la crítica, el rechazo social, parecer sumisos, torpes o incompetentes; devalúan sus logros y exageran los riesgos de actividades nuevas (Caballero, 2004 citado en Millon y Davis, 2001).

Los sentimientos de no pertenecer a algún sitio los hace realmente incapaces de desarrollarse como personas, de no poder vivir en un lugar, pues son seres solitarios, sin apoyo y con necesidades de expresarse y de poder ser quienes son realmente, pero

sin las capacidades para llevarlo a cabo. Ni siquiera en su propio núcleo familiar pueden ser quienes son pues no se sienten valorados o apreciados por los miembros. La espacialidad es experimentada como una pérdida de familiaridad que conlleva una especie de neofobia, pues lo nuevo, lo novedoso, lo no controlable y desconocido genera gran extrañeza, y aleja de la sensación familiar de sentirse protegido y sostenido, de la sensación de poder- ser- en- el- mundo con un espacio humorado (Binswanger, 1973) cálido, tranquilo y seguro.

Es muy difícil vivir para estas personas con una personalidad evitativa. Su pasado, sólo causa dolor y se encuentra en un lugar muy oculto dentro de ellos, lo que también lo coloca en el espacio inexistente, no tienen nada y esto los deprime. Que su vida sea limitada temporalmente es un factor constitutivo del sentido de la vida misma, pues el mismo se basa en el carácter irreversible de la existencia (Frankl, 1997).

Entonces tenemos que su realidad no es lo suficientemente reconfortante, ni adecuada para cubrir con sus necesidades y alejar sus miedos, por ello, se refugian en su fantasía, en un mundo utópico en donde tienen las capacidades y habilidades sociales de gente que admiran, de la personalidad con la que quisieran contar, incluso fantasean con situaciones sociales de las que quisieran formar parte (Wamba, 1997).

## **CUESTIONES CULTURALES RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO.**

En cuanto a las cuestiones culturales, puede haber una variación en el grado en que los diferentes grupos culturales y étnicos consideren algunas situaciones como generadoras de desconfianza o que necesiten evitar por los temores antes expuestos.

Algunas cuestiones de género que se relacionan con el diagnóstico, tenemos que es igual de frecuente la aparición en varones como en mujeres (DSM-V American Psychiatric Association, 2014).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Uno de los diagnósticos diferenciales más complejos del trastorno de personalidad por evitación es con el trastorno de ansiedad social, específicamente cuando éste es de su modalidad generalizada. Hay algunas características relativas al trastorno evitativo de la personalidad como son la baja autoestima, los sentimientos de inferioridad, y el deseo crónico de aceptación por parte de los demás, que no están presentes en el trastorno fóbico. Por otro lado, los pacientes con fobia social suelen presentar una capacidad más elevada para establecer relaciones interpersonales satisfactorias en relación al trastorno evitativo de la personalidad (Mirapeix, C. 2009 citado en Palomo, J y Jiménez, M, 2009).

Aunque el enfoque principal de preocupación en el trastorno de la personalidad por evitación es evitar la humillación y el rechazo, en el trastorno de personalidad dependiente, se centra en ser atendido. Sin embargo, las personas con trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por el aislamiento social, quieren tener relación con los demás y sentir su soledad profunda, mientras que aquellos con trastorno de personalidad esquizoide o esquizotípico pueden contentarse e incluso preferir su aislamiento social. El trastorno de personalidad paranoide y trastorno de personalidad por evitación se caracterizan por la renuencia a confiar en los demás. No obstante, en el trastorno de la personalidad por evitación, esta resistencia se debe más a un temor a sentir vergüenza o ser encontrado inadecuado debido a la intención maliciosa de los otros (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014)

Muchos individuos muestran rasgos de la personalidad por evitación. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Es importante tomar en cuenta si los cambios en la personalidad se dan debido a alguna otra condición médica, por ello se debe contar con una historia clínica bien estructurada la cual nos brinde los conocimientos y antecedentes necesarios para trabajar con el paciente. Por ejemplo, una de las condiciones médicas en la que los rasgos que emergen son atribuibles a otros diagnósticos, serían algunos daños en el sistema nervioso central. Así como también el uso persistente de sustancias nocivas para la salud (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014).

## **CAPITULO 3 MÉTODOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.**

Para los métodos de intervención psicológica, se hace un acervo de las técnicas que muestran un avance dentro de la terapia y son beneficiosas para el paciente con trastorno de personalidad por evitación, de igual manera se han tomado en cuenta los alcances y limitaciones dentro del trabajo institucional, ya que dentro del hospital “20 de noviembre” I.S.S.S.T.E, se guían por lineamientos diferentes a una terapia particular, como las limitantes de tiempo, espacio, cantidad de consultas, etc.

La aplicación más eficaz de las técnicas depende no solo de un planteamiento conceptual claro del caso y del establecimiento de una relación de trabajo amistosa, sino también del arte del terapeuta. Los terapeutas hábiles saben cuándo extraer material sensible, retroceden cuando es necesario y salen al cruce de las evitaciones (Beck & Freeman, 1995).

### **TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**

Las técnicas de relajación suelen ser muy útiles para el ámbito de la psicología clínica y de la salud, aunque también es aplicada en la psicología general. El desarrollo histórico de estas técnicas es relativamente reciente, las primeras publicaciones sobre la relajación progresiva de Jacobson y la relajación autógena de Schultz son de 1929 y 1932, respectivamente. Otras de las técnicas de relajación basadas en el Biofeedback o la retroalimentación, son bastantes más recientes, ya que se desarrollaron a partir de los años sesenta y setenta (Vela & Villa, 1998).

La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos validos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida

al fuerte impulso que recibieron dentro de la Terapia y Modificación de la Conducta, al ser consideradas como parte integrante de otras técnicas (Vela & Villa, 1998):

### *Respiración Profunda*

Para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes es muy eficaz la técnica de respiración profunda. Este proceso enseña al paciente a respirar desde el estómago en vez de con los pulmones. Se pueden utilizar durante los momentos de estrés, tales como tener un acercamiento con las demás personas, en clase, cuando se tiene una situación complicada como hablar en público, exponer sus sentimientos, en casa como práctica cotidiana e incluso algún examen, y estas pueden ser utilizadas sin que nadie las note.

Se fomenta que el paciente cierre sus ojos y se centre exclusivamente en su respiración. La respiración debe ser con la nariz, colocando una mano sobre su estómago, para que la respiración sea desde ahí y no con los pulmones. El estómago debe de subir y bajar con cada respiración y el paciente se concentrará en ello. Si el pecho sube y baja con la respiración el paciente no se ha dedicado a la respiración profunda. Se puede animar al paciente a contar mientras respira, (es decir, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y al revés 6, 5, 4, 3, 2, 1). Las técnicas de imágenes mentales pueden ser muy útiles, como hacer que el paciente piense en inhalar aire nuevo y limpio mientras que al liberar el aire deja fuera de él al aire estresante y tóxico. Las personas con trastorno de personalidad por evitación deben practicarlo no sólo cuando se encuentren en una situación estresante, sino que deben llevarlo a cabo varias veces al día, esto mejorará su concentración, los relajará para situaciones impredecibles, y estarán en contacto consigo mismos, al final se habituará su cuerpo a dar una respuesta adecuada.



### *Relajación Muscular.*

Existen múltiples técnicas de relajación muscular, algunas de ellas son muy simples y pueden tomar entre cinco a diez minutos. Una vez que se le enseña al paciente a hacer esto, debe ser alentado a utilizar esta habilidad tanto en la escuela como en casa, varias veces al día. Estas técnicas alternan entre los estados de tensión y los de relajación muscular, ayudando así al paciente a identificar los diferentes estados en los que se puede encontrar su cuerpo.

Esta relajación consta de pasos progresivos para ir relajando paulatinamente los músculos (Stephan & Marciate, 2007).

- 1- Siéntese en una posición cómoda con los pies en el suelo.
- 2- Comience a relajar los dedos de sus pies y poco a poco iremos subiendo al resto de su cuerpo.
- 3- Tense sus dedos de los pies y mantenga la tensión por un par de segundos, ahora intente llevar esa tensión a un solo dedo de su pie, realice esto con cada dedo del pie.
- 4- Ahora vamos a visualizar como se libera la tensión en nuestras piernas, muslos, pantorrillas y rodillas. Después tensarlas durante unos segundos y liberar nuevamente la tensión.
- 5- Mueva la tensión hasta las nalgas y apriete con fuerza unos segundos, al terminó liberar y relajarse.
- 6- Continúe apretando el estómago con fuerza, colocando las manos en el estómago para sentir como se controlan los músculos. Lentamente dejar ir esa tensión y relajar el estómago.
- 7- Ahora relajar y contraer las manos en puños, manteniendo esto durante varios segundos y relajar.

- 8- Realizar un estiramiento de los brazos hacia los lados rígidamente. Creando tensión en los brazos inferiores, codos, bíceps. Mantenga esta posición durante unos segundos y luego relajarse.
- 9- Enseguida continúe generando tensión en sus hombros, enviándolos hacia la cabeza, sosteniendo esta posición durante unos segundos y relajando al terminar.
- 10-Tense el pecho, los músculos de su espalda y su cuello algunos segundos y relaje. Mueva los músculos de su cuello estirándolos con fuerza hacia arriba y relaje de nuevo.
- 11-Ahora genere tensión en los músculos de su cara, su mandíbula, la frente, los ojos, y paulatinamente comience a relajar.
- 12-Tense los músculos de todo su cuerpo, aplique tensión en los músculos que se acaban de tensar y manténgase así durante varios segundos y luego relaje, repita una vez más.
- 13-Tome un momento para sentarse en este estado de relajación y debe centrarse en los músculos en los que aun sienta algo de tensión, tense y relaje esos músculos hasta que consiga sentirse completamente relajado.
- 14- Es muy importante acompañar cada ejercicio con inhalación y exhalación profunda, cada que se contraiga y se libere la tensión del musculo. Así como realizar estos ejercicios en espacios cómodos, tranquilos, si es posible con música que acompañe nuestro ejercicio, sino es posible solo con la respiración bastara. El paciente debe realizar estos ejercicios al menos dos veces al día para ir acostumbrando a los músculos de su cuerpo a relajarse cuando haya tensión o estrés excesivo.

## *Mindfulness*

La terapia de mindfulness incluye aquellas terapias en las que se enseñan explícitamente prácticas de meditación mindfulness como ingrediente fundamental del protocolo del tratamiento. EL programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2006) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), son aquellas que nos servirán para los trastornos de personalidad por evitación, aunque hay muchas más que resultarían de utilidad nos enfocaremos únicamente en estas (Shauna & Carlson, 2014).

La reducción de estrés con mindfulness desarrollada por Jon Kabat-Zinn y sus colegas del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts en 1979, consistía en un programa de ocho semanas de duración y un máximo de 35 participantes que se reúnen entre 2 a 3 horas una vez por semana, y un retiro en silencio de 6 horas. Las principales técnicas de mindfulness que se enseñan incluyen observación del cuerpo, meditación sentada, meditación andando, yoga suave y practica informal diaria de mindfulness. Cada semana también se realiza una sesión teórica, con tiempo para que los participantes procesen su propia experiencia, comenten con los organizadores y hablen en grupo de los desafíos que plantea la práctica y de otras cosas que puedan surgir.

El ambiente es de colaboración y muy alentador y los organizadores del grupo encarnan implícitamente y exteriorizan la estimulación de la aplicación de las actitudes de mindfulness de *no juzgar, paciencia, aceptación, tener mente de principiante, no luchar, sin apego y confianza* (Shapiro & Carlson, 2014 citado en Shauna & Carlson, 20014).

Se puede comenzar practicando un ejercicio de conciencia sensorial somático guiado, el organizador dirige lentamente al paciente a mantener la atención en cada parte del

cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, lo invita a prestar atención a lo que va surgiendo en cada zona en cada momento, sin intentar cambiar la experiencia ni lograr ningún cambio en específico. Ver anexo 1 para la guía de conciencia (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014).

Este ejercicio trata de potenciar el desarrollo de varias competencias centrales de mindfulness: prestar mucha atención sostenida a cada momento a un objetivo específico de conciencia; la flexibilidad de la atención a la hora de pasar de una zona del cuerpo a la siguiente; observar como surgen todas las sensaciones, pensamientos o sentimientos sin intentar cambiarlos y regresando al fondo de conciencia cuando la mente se dispersa inevitablemente; y aplicar a la experiencia las actitudes de mindfulness de *bondad, aceptación y de no juzgar*. De hecho cuando se realiza esta actividad en grupo se les indica que no se comparen con los demás ni con su propio rendimiento de un día a otro, sino que simplemente practiquen el hecho de ser completamente conscientes de las capacidades del cuerpo en cada momento como si fuera la primera vez. Esto es un ejercicio que de manera consciente hace que se familiaricen con su cuerpo, que en muchos casos ha sido el motivo de mucha frustración, decepción y dolor.

La meditación sentada hace hincapié en regresar constantemente y recordar el objetivo del ejercicio, que suele comenzar con la toma de conciencia de la respiración. (Anexo 2 para instrucciones). Al comenzar se le pide al paciente que sienta el flujo de entrada y salida de la respiración y que observen si su atención se desmarca de ese enfoque. En ese punto si el paciente se da cuenta de que ha perdido la concentración puede darse la oportunidad de centrarse de nuevo en la respiración. Volver a empezar se considera la base del ejercicio y se anima a experimentar las actitudes de curiosidad, paciencia y alegría. En el trascurso de las sesiones ese enfoque se ampliará a una mayor conciencia plena de otros aspectos de la experiencia en cada momento como sonidos,

sensaciones físicas, emociones sentidas en el cuerpo y pensamientos. La práctica de la conciencia desnuda, se introduce a lo largo de las sesiones recalando la aceptación de recibir las cosas como surjan tal cual son, aprendiendo a respirar con lo que surja convirtiéndose en un contenedor mayor para las posibles experiencias difíciles. También se introduce el potencial para la adquisición de introspección a través de la conciencia plena, no como objetivo por el que luchar sino como resultado inevitable de la práctica constante (Shapiro & Carlson, 2014).

## **ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS COGNITIVAS**

Algunas de las técnicas cognitivas útiles para tratar los trastornos de la personalidad son: el descubrimiento guiado, que le permite al paciente reconocer las pautas de interpretación disfuncionales estereotipadas; la búsqueda del significado idiosincrático, puesto que estos pacientes suelen interpretar sus experiencias de un modo inusual o extremo; la rotulación de las inferencias o distorsiones inadecuadas, para que el paciente tome conciencia del carácter no razonable o distorsionado de ciertas pautas automáticas de pensamiento; el empirismo cooperativo, o sea el trabajo con el paciente para poner a prueba la validez de sus creencias, interpretaciones y expectativas; el examen de las aplicaciones de la conducta de otras personas; el ordenamiento en escalas, es decir, la reatribución, o reasignación de la responsabilidad por acciones y resultados; la exageración deliberada, que lleva una idea a su extremo, lo que realza las situaciones y facilita la reevaluación de una conclusión disfuncional; el examen de las ventajas y desventajas de conservar o cambiar creencias o conductas, y la clarificación de los beneficios secundarios; la descatastrofización, o sea permitirle al paciente

reconocer o contrarrestar la tendencia a pensar exclusivamente en términos del peor desenlace posible de una situación (Beck & Freeman, 1995).

Para construir nuevos esquemas o apuntalar los defectuosos se pueden emplear diversas técnicas. A fin de organizar y almacenar las nuevas observaciones es posible recurrir a diarios. Día tras día, el paciente llevará un cuaderno con diversos apartados, (familia, amigos, vecinos, etc), en donde registrará por sección pequeños ejemplos de aptitud. El terapeuta ayuda al paciente a identificar esos ejemplos y controla la regularidad del registro. El paciente repasa el cuaderno para contrarrestar su creencia absoluta en el esquema negativo en momentos de estrés o “fracaso”, cuando las creencias negativas familiares se activan enérgicamente (Goldfried y Newman, 1986 citado por Beck & Freeman, 1995).

### *Toma de decisiones.*

Es en donde muchos de los terapeutas suelen adentrarse a la vida exterior del paciente con trastornos de la personalidad. Mientras se tratan los problemas de la personalidad, se necesita un trabajo en conjunto para que el paciente aprenda a tomar ciertas decisiones importantes inicialmente pospuestas. Es importante abordar las decisiones que parecen atar al paciente, sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales. Algunos pacientes están paralizados hasta la total inacción, mientras que otros toman decisiones impulsivas respecto de la elección de carrera, las salidas con otras personas, dejar de realizar algún hobby, etc. La ayuda en los problemas de la personalidad puede promover la solución de las dificultades reales y la toma de decisiones que suelen verse bloqueados por los problemas de personalidad. El evitador tiende a posponer. El Terapeuta no trata los problemas de la personalidad sin un apoyo en lo concreto. Los problemas cognitivos se cruzan, ayudando al paciente a aprender a

integrar nuevas estrategias para conducirse con éxito, el terapeuta neutraliza algunas de las estrategias inadaptadas que son manifestaciones del trastorno de la personalidad. La incorporación de una nueva estrategia para la toma de decisiones puede mejorar la capacidad de tomar decisiones en el evitativo.

Un método que revela los significados no razonables que influyen en las personas cuando enfrentan dilemas consiste en hacer una lista con los “pros” y los “contras” de cada opción en columnas separadas. Con la ayuda del terapeuta, los pacientes enumeran las ventajas y desventajas de cada alternativa y tratan de asignar un peso relativo numérico a cada uno de los ítems. Debe observarse que decisiones quizá relativamente simples para un paciente son trascendentales para otro, porque afectan a una sensibilidad dependiente (Beck & Freeman, 1995).

### *Modelo de solución de problemas*

El nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la patogénesis de la depresión y ansiedad se centra en las relaciones recíprocas entre las experiencias puntuales vitales muy negativas, las pequeñas experiencias negativas del día a día, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas (Nezu, 1986, 1987). Este último componente es el más importante del modelo (Nezu et al., 1989). El término afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D’Zurilla y Nezu, 1999).

En concreto, la terapia de solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas (D’Zurilla, 1993; D’Zurilla y Nezu, 1982, 1999 citados por D’Zurilla & Nezu 1999) consistente en cinco habilidades.

1.- *La orientación hacia el problema*: Es la habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante.

2.- *La definición y formulación del problema*: Consiste en el grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas.

3.- *La generación de soluciones alternativas*: Es la destreza que tiene el sujeto para generar solución a un problema, siguiendo los principios de cantidad, de aplazamiento del juicio y de variedad.

4.- *La toma de decisiones*: Es la habilidad que tiene una persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema.

5.- *La puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida*: Es la destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

La solución de problemas eficaz requiere la interacción de todas las habilidades, cada una de las cuales aporta una determinada contribución a la solución del problema (Nezu y Nezu, 1991). No hay una que sea más importante que la otra (Becoña, 1993).

Mynors-Wallis et al.1995 (citados en Nezu y Nezu, 1991) diseñaron una modalidad breve de terapia de solución de problemas, que la hace idónea para ser aplicada por médicos u otros profesionales de atención primaria que no sean especialistas en salud mental. Se compone de un total de 6 sesiones, la primera de una hora de duración, y las restantes de 30 minutos. El proceso de solución de problemas se enseña siguiendo siete pasos: 1) explicación del tratamiento y su racionalidad; 2) clarificación y definición de los problemas; 3) establecimiento de metas; 4) generación de soluciones alternativas; 5) selección de la solución preferida; 6) aclaración de los pasos necesarios



para implementar la solución elegida; y, 7) evaluación de los progresos. El paciente aprende todos los pasos en la primera sesión

Hay un estudio (Dowrick et al., 2000 citado en Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) en el que se aplicó una adaptación de esta modalidad breve de solución de problemas. Los autores proponen que las sesiones de terapia duren entre 30-60 minutos, incluso las últimas sesiones pueden ser más breves. Recomiendan que las sesiones iniciales se programen relativamente próximas en el tiempo (ej., las tres primeras sesiones en un espacio de 15 días) y las últimas se espacien para que el paciente gane autonomía. Exponen ocho pasos en la solución de problemas: 1) decidir qué problema abordar primero; 2) acordar las metas; 3) elaborar los pasos necesarios para lograr las metas; 4) decidir las tareas necesarias para abordar el primer paso; 5) revisar el progreso en la próxima sesión de terapia, incluyendo las dificultades que se han encontrado; 6) decidir el próximo paso, dependiendo del progreso, y el acuerdo en las siguientes tareas; 7) proceder, como anteriormente, para acordar las metas o definir de nuevo los problemas y las metas; y, 8) trabajar sobre más problemas si fuese necesario.

### *Terapia cognitiva con mindfulness*

El doctor Kabal-Zinn en el 2006 junto con sus colegas desarrollaron un manual de terapia formal acerca de la terapia cognitiva con mindfulness que integra la reducción de estrés con mindfulness y la terapia cognitiva conductual (Kabal-Zinn, 2007).

Los ejercicios que incluyeron son: la observación del cuerpo, la meditación sentada, la meditación andando y el mindfulness diario informal. A los participantes se les muestra un modelo para entender el trastorno como un espiral viciosa y descendiente que se

origina por los esfuerzos en vano por desechar lógicamente los pensamientos negativos y se les ofrece una manera alternativa de manejarlos. También se les invita a tomar conciencia de los patrones de pensamientos negativos persistentes y familiares cuando empiezan a aparecer y a cambiar su relación con ellos. Las personas aprenden a ver los pensamientos simplemente como lo que son, pensamientos que vienen y van con sus propios tiempos. Así reconocen que los pensamientos y las emociones surgen y pasan si no son “alimentados” o creídos como una realidad estática que representa la manera como son las cosas.

Entre las técnicas específicas de la terapia cognitiva con mindfulness están el “espacio de respiración de 3 minutos”, consiste en tres pasos formalizados:

1.- Centrarse en la experiencia interior, planteándose la pregunta ¿cuál es mi experiencia ahora mismo? Durante el primer minuto no se intenta cambiar la experiencia, solamente se siente con aceptación en qué consiste.

2.- Enfocar toda la atención en el movimiento y en las sensaciones asociadas con la respiración, la inspiración, durante un minuto entero.

3.- Ampliar la conciencia otra vez hacia todo el cuerpo, incluida la postura en la que se está, la expresión facial y las emociones, de nuevo con aceptación y sin juzgar.

Este proceso se describe como el “reloj de arena”, en el que la atención primero es implícita y después se estrecha hacia la respiración para terminar volviendo a ampliarse. Puede practicarse en cualquier momento del día, cuando se sienta abrumado. Se añaden otros elementos de la terapia cognitiva a este programa, como hablar acerca de cómo nuestro estado de ánimo actual afecta a los pensamientos automáticos que surgen. Por ejemplo, el caso de una persona con trastorno de personalidad por evitación, tiende a tener pensamientos negativos, de aislamiento, de

sentirse juzgado y es probable que sienta que esos pensamientos son ciertos. Así, se anima al paciente a ver que los pensamientos no son verdad ni la realidad y que cambian de un momento a otro y de un día a otro en función del estado de ánimo y de las situaciones. De este modo, empiezan a ver los sentimientos como algo temporal, como momentos mentales que pasan y que no son necesariamente ciertos. Se le anima a practicar actividades que generen sensaciones de dominio y placer, que es sabido que esos tipos de actividades ayudan a prevenir las recaídas. En las últimas sesiones se le anima al paciente a reflexionar sobre algún plan para evitar recaídas, y sobre lo que aprendió, además de que se comentan las experiencias del pasado para determinar un plan realmente efectivo para continuar con la prevención (Shapiro & Carlson, 2014).

## TÉCNICAS CONDUCTUALES.

Las metas de estas técnicas son tres. En primer lugar, el terapeuta necesita a veces trabajar muy directamente para modificar las conductas autodestructivas. Segundo, si el paciente tiene una capacidad deficiente, la terapia debe ser adecuada respecto a sus capacidades cognitivas para que pueda aprovechar al máximo los beneficios de la terapia y esto a su vez ayuda a sentir seguridad respecto a la manera en la que el paciente esté recibiendo el mensaje. Tercero, se pueden plantear tareas conductuales para realizar en casa a fin de poner a prueba sus cogniciones. Entre las técnicas conductuales útiles se cuentan: La observación y la programación de la actividad, que permiten la identificación retrospectiva y la programación prospectiva de los cambios; la programación de actividades de dominio y placer, para realzar la eficacia personal y validar el éxito con las experiencias modificadas, y el placer derivado de ello; el ensayo de conductas, el modelado, el entrenamiento en asertividad y la dramatización para desarrollar habilidades antes de los primeros esfuerzos tendientes a responder con más eficacia en situaciones problemáticas antiguas o nuevas; el entrenamiento en relajación y distracción conductual para que esas técnicas se empleen cuando la ansiedad se convierte en un problema amenazante mientras se intenta el cambio; la exposición in vivo, en la que el terapeuta acompaña al cliente a un escenario problemático y le ayuda a abordar esquemas y acciones disfuncionales que no se pudieron tratar en el marco común del consultorio; encargos graduales de tareas para que el paciente pueda experimentar los cambios paso a paso, proceso durante el cual se puede ajustar la dificultad de cada componente y lograr el dominio por etapas. (Gomar, Mandil y Bunge 2010)

### *Evocación de experiencias de la niñez.*

Permite que al evocar se vislumbren los orígenes de las pautas inadaptadas. Este enfoque aumenta la perspectiva y la objetividad. La dramatización y la inversión de roles en interacciones clave del pasado puede movilizar el afecto y producir la “mutación” de los esquemas o creencias nucleares. La recreación de situaciones “patógenas” del periodo del desarrollo suele proporcionar la oportunidad de reestructurar las actitudes que tomaron forma en esa etapa. Para que cambien sus fuertes creencias, es necesario que los otros pacientes experimenten una catarsis emocional (Beck y otros, 1985 citado en Gomar, Mandil y Bunge, 2010).

En el rol de una figura del pasado, los pacientes llegan a ver con ojos más benévolos a un progenitor o a un hermano “malos”. Pueden empezar a sentir empatía o compasión por los padres que los traumatizaron. Ven que en sí mismos esos padres no eran ni son malos, sino que estaban perturbados y desahogaban su cólera en los hijos. Los pacientes comprenden también que sus progenitores tenían normas rígidas y carentes de realismo, que imponían arbitrariamente. Como consecuencia, esos pacientes pueden suavizar sus propias actitudes respecto a si mismos.

La justificación racional de la evocación de episodios específicos de la niñez es parte del concepto más general de aprendizaje dependiente del estado. Para someter a la prueba de la realidad los esquemas originados en la niñez, estas creencias tienen que salir a la luz del día. El hecho de volver a experimentar el episodio facilita la emergencia de las estructuras dominantes y las hace más accesibles. Entonces el paciente puede corregirlas.

### *Evocación de imágenes.*

Este método puede usarse en los trastornos de personalidad para que el paciente “reviva” acontecimientos traumáticos pasados y reestructure la experiencia y las actitudes derivadas de ella.

La justificación racional de este procedimiento requiere de algunas consideraciones, por ejemplo, si uno se limita en hablar sobre un hecho traumático puede lograr algún insight intelectual de las razones por las que el paciente tiene una autoimagen negativa, pero no modifica realmente esta imagen. Para lograr el cambio es necesario retroceder en el tiempo, por así decirlo, y recrear la situación. Cuando las interacciones de aquel momento cobran vida, se activa a construcción defectuosa, junto con el afecto y puede producirse la reestructuración cognitiva (Gomar, Mandil y Bunge, 2010).

Al presentar una escena determinada, la tarea del terapeuta consiste en exponer al paciente a tantos estímulos temidos como sea posible, con el fin de provocar una fuerte respuesta de ansiedad. La presentación repetida de estos estímulos conducirá a un efecto de extinción. En general, cuanto más implicado y dramático sea el terapeuta al describir las escenas, más real será la presentación para el paciente y más fácil le será a este participar. En cada fase del proceso, el terapeuta intenta alcanzar un nivel máximo de provocación de ansiedad. Después de alcanzar un elevado nivel de ansiedad, se mantiene al paciente en este nivel, hasta que aparezca claramente alguna señal de reducción espontánea en el valor provocado de ansiedad de los estímulos (extinción). Se repite este proceso hasta que se obtiene una mayor disminución del miedo. En este punto, se introducen nuevas variaciones para aumentar el nivel de respuesta de ansiedad y para extinguir más del complejo de Estimulo Condicionado evitado. Este procedimiento se repite hasta que se obtiene una disminución significativa de la ansiedad a la escena completa. En este punto, se le da al paciente la oportunidad

de representar el mismo la escena. Se le alienta especialmente a que verbalice su propia conducta de representación del papel. Después de la presentación de cada escena, se presta especial atención a los posibles pensamientos o imágenes intrusos experimentados por el paciente. Estos se registran para un posible uso en posteriores escenas. En ningún momento, a lo largo del procedimiento, se le dice al paciente que suprima los síntomas que pueda tener. La premisa básica es que, una vez que la ansiedad a los estímulos provoca los síntomas se ha extinguido, la conducta desadaptada automáticamente disminuirá y finalmente desaparecerá (Stampfl y Levis, 1967 citado en Gomar, Mandil y Bunge, 2010).

## CAPITULO 4 MÉTODO.

### *JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

El trastorno de personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, con sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, a partir de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos (DSM-V American Psychiatric Association, 2014).

En el proceso de la infancia a la adolescencia, se presentan cambios tanto físicos como emocionales, los cuales son complicados de asimilar para muchos jóvenes. Las críticas y la observación constante de los otros, los orilla a esquemas típicos de una deformación de sus emociones y autoconceptos.

Por lo que le es complicado adaptarse a su medio. Esto se complica si no se han resuelto problemas de su infancia, y situaciones del pasado que los han orillado hasta este punto, junto con sus personalidades y caracteres propios.

Reportar el caso de la paciente **A**, es de gran relevancia, ya que el trastorno de personalidad por evitación cuenta con literatura muy limitada, además de que no se cuentan con los suficientes estudios en la población pediátrica de nuestro país. Existe la necesidad de atender a estas personas que no tienen los suficientes recursos para tomar terapias particulares, y darles la oportunidad de asistirlos con herramientas básicas para enfrentar las dificultades que se les presentan, enseñándoles a manejar sus emociones en situaciones que suelen salirse de su control, esa es la meta principal.



## OBJETIVOS

### Objetivo general

Ψ Analizar la intervención con el plan terapéutico adaptado a las necesidades de la paciente, con estrategias enfocadas en técnicas cognitivas-conductuales, métodos para mejorar sus relaciones interpersonales, disminuyendo la frecuencia e intensidad de los síntomas del trastorno con terapia cognitiva estándar (permitida en el Hospital 20 de noviembre I.S.S.S.T.E) utilizando conciencia plena “mindfulness” y terapia conductual y para fortalecer sus redes de apoyo, terapia sistémica.

### Objetivos específicos.

Ψ Llevar a cabo una evaluación que permita determinar si cumple con los criterios para diagnosticar el trastorno de personalidad por evitación, con base en esto determinar los objetivos de la intervención.

Ψ Llegar a acuerdos, dependiendo las necesidades de la paciente, en cuanto al tratamiento psicológico a realizar (es importante que el paciente esté de acuerdo, pues su cooperación agiliza su proceso de mejora).

Ψ Identificar las redes de apoyo, fortalezas, y mecanismos que propicien una adherencia al tratamiento y por tanto favorezcan el cambio en la paciente, utilizando terapia sistémica en algunas sesiones.

## TIPO DE ESTUDIO

El enfoque metodológico que fue utilizado, es el cualitativo, ya que permite realizar una investigación basada en métodos de recolección de datos descriptivos y

observacionales. En este enfoque metodológico las hipótesis surgen a lo largo del proceso, permitiendo una investigación y abordaje flexible como lo mencionan Sampieri, Collado y Lucio en el 2010, además se trabajó un estudio de caso, este enfoque facilitó la intervención y el manejo de los datos.

## ESCENARIO

El caso se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, en el edificio de consulta externa, en un consultorio adecuado para dar consultas, no se requirió realizar modificaciones. Las modalidades de intervención fueron terapias individuales y algunas ocasiones terapia sistémica. En ambas modalidades se utilizó el mismo espacio, para mantener el encuadre y la comodidad del paciente.

## PROCEDIMIENTO

La paciente es foránea y fue referida desde Guerrero al Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, para realizarle unos estudios en el departamento de Neurología Pediátrico, fue asignada al departamento de Psicología Pediátrica mediante una interconsulta de Neurología. El motivo de consulta que la paciente refiere es que presenta alteraciones en conductas, secundarias a problemas familiares, con anorexia y crisis emocionales. Se trabajó con la paciente mediante 3 fases, las cuales consistían de 2 a 4 sesiones cada una. En la primera sesión se llevó a cabo una entrevista con su padre obteniendo los datos básicos para realizar la historia clínica, se indagó sobre el motivo de consulta y se realizó la primera fase de aplicación de pruebas psicológicas. Posteriormente, la aplicación de estos instrumentos en 4 sesiones y se llevó a cabo un informe con los resultados, lo que dio pauta para realizar el proceso de intervención de acuerdo a las necesidades de la paciente, tomando en cuenta sus limitantes y sus fortalezas, así como también se llevó a cabo una intervención con terapia sistémica para reforzar sus redes de apoyo. La intervención constó de 3 fases y 10 sesiones.

Ψ Tabla 2 Ficha de identificación.

PACIENTE1. D.A.	PADRE	MADRE
Edad: 16 años Fecha de nacimiento 21- Febrero- 1999.	Edad: 58 años Fecha de nacimiento 16- julio-1957	Edad: 54 años Fecha de nacimiento: 19-marzo-1961
Escolaridad: 1° Preparatoria.	Escolaridad: Carrera técnica	Escolaridad: Lic. En educación.

### *MOTIVO DE CONSULTA*

La madre de **A** refirió que su hija tenía problemas de alimentación, que presentaba algunos rasgos de bulimia, que se apartaba de la familia no saliendo de su habitación ni para comer, a veces teniendo rabietas de coraje golpeándose a sí misma, o buscaba la manera de hacerse daño. Una baja en su rendimiento académico y en sus relaciones sociales (aunque se aclara que sus relaciones sociales desde muy pequeña se vieron afectadas). El servicio de Neurología la refirió al servicio de Psicología Pediátrica para realizar una psicometría, pues notaron que en consulta la paciente tuvo un comportamiento aislado y cabizbajo y tenía decremento en su talla y peso.

## CAPÍTULO 5 RESULTADOS

### *DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.*

**A** es una adolescente que muestra rasgos físicos acordes a su edad cronológica, cuenta con un talante triste y serio, un vigor físico normal, su lenguaje es acorde a su edad, aunque limitado, su limpieza personal es buena, utiliza lentes (debido a su miopía) aunque por lo regular no los usa durante la terapia, se muestra tímida, reservada, su tono de voz es bajo, suele mantener contacto visual y se encuentra ubicada en las tres esferas de la realidad.

Siempre viste con ropa cómoda, en general usa sudaderas, siempre trae el gorro puesto, cubriendo con las mangas sus manos por completo. Suele morderse las mangas, colocarse el cabello frente a ella, cubriendo un ojo, su posición es encorvada, sus piernas siempre permanecen juntas y pocas veces comunica lo que desea, cuando lo llega a hacer, titubea y se muestra insegura.

Constantemente busca realizar las actividades que se le otorgan de la mejor forma posible, esperando una aprobación que la haga sentir segura.

## FAMILIOGRAMA

Ψ Figura 1 Familiograma.

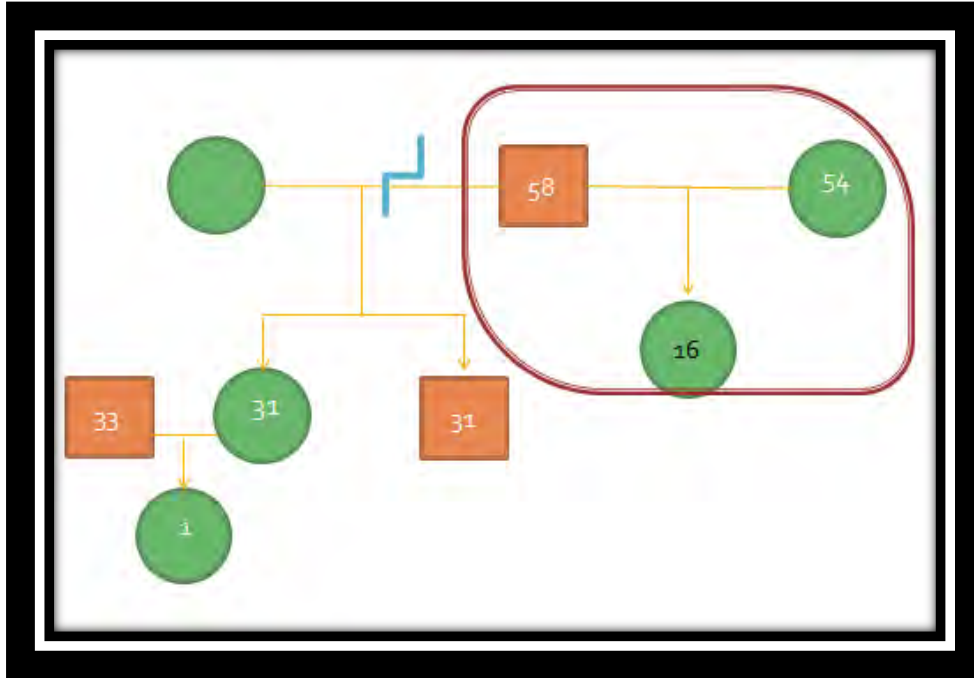


Fig. 1 Se muestra un Familiograma en donde los cuadrados son los varones y los círculos las mujeres. La línea azul divisoria, significa que el padre tiene una separación con su pareja anterior. El círculo rojo rodea la familia de la paciente A.

## HISTORIA CLÍNICA.

A es producto del primer embarazo de su madre. Fue un embarazo de alto riesgo, y nace prematura a las 34 semanas de gestación. El parto se dio mediante una cesárea, y ella permaneció en la incubadora. Presentó desde los 4 meses problemas en su motricidad, no conseguía gatear, caminó hasta el año cuatro meses, tampoco podía realizar brincos, y cuando pudo brincar lo hacía hacia atrás únicamente. Cuando ella cumplió año y medio, un automóvil la avienta y cae al suelo de aproximadamente 3 metros. Por lo que empezó a presentar problemas más notorios en cuanto a la

motricidad y en su memoria desde entonces. Además de sus problemas motrices, presentó reflujo, y tenía un soplo en el corazón, esto se le ha llegado a complicar debido a que tiene asma.

Sus antecedentes familiares tienen una gran recurrencia en cuanto a padecer problemas neurológicos y emocionales, como convulsiones, deterioro cognitivo, hiperactividad y depresión.

Su abuela materna tenía conductas agresivas, se molestaba con facilidad y cuando esto ocurría se desvanecía y le salía espuma blanca de la boca. Una situación similar la vivía el hermano de su padre.

Su padre sufre de hipertensión y es asmático, al igual que A. Su madre presenta problemas de diabetes.

A siempre presentó dificultades para socializar, se mostraba aterrada ante el contacto con otras personas, se colocaba en situaciones que la dejaran en papel de víctima y que los demás se aprovecharan de su timidez y pudor. Desde muy pequeña, sufrió de abusos en la escuela, sus compañeros la molestaban por su forma de ser, por cómo hacía las cosas, como se comportaba, como hablaba, su profesora incluso llegó a molestarla y aunque sus padres pusieron un alto y hablaron con la institución este fue un acto que la marco mucho, pues se sintió desprotegida, humillada, expuesta, y sin herramientas para defenderse. También menciona que en una ocasión cuando era pequeña, una de sus compañeras la acosó sexualmente, en base a esto, tuvo un accidente en el salón de clases, al no poder controlar sus esfínteres, esto fue motivo de burlas y rechazo por parte de los demás compañeros. Aunque sus padres intentaron controlar la situación y ayudarle en lo que pudiesen, ella era demasiado vulnerable a su entorno, solo consiguió alivio apartándose cada vez más, evitando el contacto con los otros.

Una situación que en la actualidad le causa mucho sufrimiento y que va de la mano con el rechazo, es el cambio de conducta que **A** menciona que tuvo su padre cuando su familia anterior regresa a buscarlo y a pedirle atención. Su padre comienza a estar más con sus medios hermanos. Su media hermana tiene un bebé, lo cual genera en su padre cierto interés de ir a visitar constantemente a su hija. **A** no tolera la situación, primeramente, porque ella no estaba enterada de que su padre tenía otra familia, además de que se entera porque una vecina suya se lo menciona. Esto le enoja y le duele mucho, no se sintió parte importante de la familia como para que le dijeran la situación familiar que vivían; y en segundo lugar porque siente que su padre ya no la comprende y la deja sola por estar con su otra familia. Comienza a tener ideas con respecto a que su padre está saliendo con otras mujeres, o que es muy coqueto, esto también le genera malestar, pues menciona que, ya casi no está con ella y con su mamá, menos lo estará si comienza con otra relación.

Al intentar corroborar los datos mencionados por **A** con sus padres, se llega a una vertiente en donde el padre cuenta una versión muy diferente de los acontecimientos. El refiere que habló con **A** sobre la situación que pasaron como familia en su momento, que ama a su mujer y que le es muy fiel, y que en cuanto a la situación con su otra familia es muy normal, no les presta ni demasiada ni poca atención.

Pero cuando se lleva a cabo la entrevista con la madre, ella relata los mismos acontecimientos que **A**, y recalca que su esposo es muy coqueto y que le presta demasiada atención a su otra familia.

A parte de estas problemáticas en cuanto a familia, tienen un grave problema con la comunicación, no es para nada asertiva. Su padre reprime actitudes en **A** que su madre permite, como a la hora de las actividades domésticas, su madre suele ser muy permisiva pues comprende que **A** tiene muchas actividades, pero el padre refiere que



necesita trabajar mucho más para ella y para apoyar a su mamá, pues debido a su diagnóstico, no puede moverse con facilidad y perdió la vista de un ojo. También suele tener problemas para controlar sus emociones y se enoja fácilmente, lo que impide que la comunicación con los demás sea asertiva.

## INTERVENCIÓN

Ψ Tabla 3 fases de la intervención.

	Sesiones	Resumen
Fase 1	1-4	En esta parte de la intervención se recuperaron datos importantes para poder dar un diagnóstico del trastorno de personalidad por evitación. También se detectaron las bases del problema, con ello se tiene lo suficiente para comenzar con una intervención adecuada a sus necesidades. Se jerarquizaron de acuerdo a las peticiones de <b>A</b> .
Fase 2	4-8	Se da inicio a la aplicación de estrategias tanto con <b>A</b> como con sus padres. Estas estrategias como mindfulness, técnicas de relajación, identificación de sus emociones, resignificación cognitiva, terapia familiar o sistémica, (en donde se consiguió una mejor comunicación mediante la ayuda del mediador), y algunas cartas hechas por sus familiares en donde se colocaron cosas buenas y malas respecto a la paciente, actividades en casa como autodescubrirse, anotar cada que perdiera el control de sus emociones, que había hecho para manejarlas y en que situaciones. Algunas como se puede observar, se aplicaron en el consultorio y otras se dejaron para realizar en casa, aparte de que era necesario por ser una paciente foránea.
Fase 3	8-10	Se realiza una entrevista en donde se observa si hay avances en la terapia, se da una evaluación de metas conseguidas, y se vuelve a intervenir en las

		necesidades aun existentes en <b>A</b> . Una vez que se acerca a los objetivos de la terapia, se da una pre-alta a la paciente, dejando abierto el servicio por si llegase a recaer en algún momento.
--	--	---

### Fase 1. (1-4 Sesiones) Evaluación y dirección

En esta fase se realiza la entrevista inicial, se habla con los padres y se aplican las pruebas correspondientes a la psicometría. La paciente recibió un diagnóstico de trastorno de personalidad por evitación, en base a los criterios especificados en el Manual diagnóstico 5 de la American Pshychiatric Association, 2014. Los criterios que cumple la paciente son;

Criterio 1. Evitan actividades laborales (escolares), ya que implica el contacto interpersonal y para ellos es importante debido a los temores a las críticas, la desaprobación o rechazo.

Criterio 2. Evitan tener nuevos amigos a menos que estén seguros de que serán aceptados, sin ser criticados, hasta que pasen las pruebas rigurosas que demuestren lo contrario, otras personas se asumen el papel de ser criticados o desaprobados. No se suman a actividades grupales a menos que se repitan generosos ofrecimientos de apoyo y confianza.

Criterio 3. Son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay una seguridad de la aceptación acrítica. Mientras tanto retienen los sentimientos íntimos por temor a ser expuestos, ridiculizados o avergonzados.

Criterio 4. Ellos tienden a ser tímidos, tranquilos, inhibidos, y con una idea de querer ser invisibles por el temor de que cualquier atención sea degradante o que reciban actitudes de rechazo por parte de los demás.

Criterio 5. Las personas con trastorno de personalidad por evitación se inhiben en nuevas situaciones interpersonales, tienen baja autoestima.

Criterio 6. Las dudas relativas a la competencia social y el atractivo personal se manifiestan especialmente cuando requieren ajustarse en las interacciones con extraños. Estas personas creen que son socialmente ineptas, personalmente poco atractivas o inferiores a los demás.

Con los datos obtenidos y el diagnóstico dado, se define el rumbo de la terapia.

Para definir las metas a alcanzar, y el problema sin perder de vista las necesidades principales de la paciente, se requiere seguir un patrón o guía la cual nos mantenga con la visión adecuada durante la intervención. Las metas definidas con claridad reflejan las áreas de interés para el paciente que requieren de atención inmediata.

Los pacientes tienden a dedicarse y esforzarse mucho más cuando ellos han seleccionado los cambios deseados que cuando estos han sido impuestos. Sin metas, la terapia puede carecer de dirección o puede basarse más en los sesgos o preferencias personales del terapeuta. Las metas facilitan la ejecución y la resolución satisfactoria de los problemas porque estas ensayan el trabajo en nuestra mente y porque dirigen nuestra atención hacia los recursos y componentes de nuestro entorno que facilitan la solución de un problema (Dixon & Glover, 1984, citado por López y André, 2010).

Para seleccionar las metas con **A**, se llevó a cabo en el siguiente orden:

Se explicó al paciente el propósito de las metas.

B.- “El tener metas nos ayudará a no perder de vista lo que deseamos alcanzar. En este caso **A**, lo que tú deseas es dejar de tener miedo a la gente y confiar en ti misma, así como relacionarte mejor con los miembros de tu familia y controlar tu estrés. Aquí tenemos tres metas diferentes, pero nos tenemos que enfocar en una”.

1. Se le pidió que especifique los cambios positivos deseados por efecto de la terapia.

A.- “Los cambios que deseo obtener con la terapia serían; tener más confianza en mí, para poder tener amigos y dejar de tenerle miedo a la gente, así también me llevaría mejor con mi novio, y ser más relajada controlando mis emociones y así mejorar la comunicación con mis papás”.

2. Determinar si la meta seleccionada implica cambios en el cliente.

SI

3. Examinar si las metas son realistas.

SI

4. Identificar las posibles ventajas derivadas de la consecución de la meta.

“Me sentiré menos aislada y motivada a realizar muchas actividades, pues debido a mis miedos me excluyo y no hago nada. También sé que disfrutare más el tiempo con mi familia y éste será agradable. Podré compartir mi tiempo con mi novio y seré tolerante cuando hagamos algo que a él le guste”.

5. Identificar las posibles desventajas derivadas de la consecución de la meta.

B.- “A veces no estamos acostumbrados a sentirnos bien, somos masoquistas, cuando nos suele salir todo como quisiéramos nos damos cuenta de que quizás disfrutábamos estar mal y recibir con ello atenciones, puede que dejes de recibir tanta atención ya que tus padres estarán satisfechos de la mujer en la que te estas convirtiendo. ¿Me explico?”

A.- “Si, pero en verdad deseo tener entusiasmo y ganas de hacer las cosas, ahora todo lo hago así, como sin chiste. Eso me pone triste todo el día”.

6. Adoptar una decisión. Con la información obtenida sobre las metas deseadas por el paciente, seleccionar una de las siguientes alternativas: adoptar estas metas como la dirección que va a seguir la terapia, reconsiderar las metas de **A** o buscar algo intermedio.

La dirección de la terapia será, principalmente dar un nuevo significado a lo qué le sucede, mostrarle sus capacidades y resaltar sus logros, enseñarle a controlar sus emociones, empoderarse de sus metas y sueños, y construir una base sólida en sus redes de apoyo para preservar los avances conseguidos durante las intervenciones.

En la intervención, **A.** no solo mostró confianza y afecto después de varias sesiones, sino que también al ser más abierta puede contar sus miedos y sus limitaciones para empezar a trabajar con ello. De esta fase se tomó el camino que debería de seguir la terapia, teniendo por supuesto, más bases para afirmar que tiene los suficientes criterios para decir que es un trastorno de personalidad por evitación.

**FASE 2.** (4-8 Sesiones) Se da inicio a la aplicación de estrategias.

Para comenzar con esta fase, primeramente, se le enseñaron las técnicas del mindfulness para poder relajarse y controlar mejor sus emociones. Para ello, se le dieron instrucciones que debió seguir a la par con el terapeuta, dichas instrucciones las podemos encontrar en los anexos 1 y 2. Dentro del consultorio había una camilla en donde se podía recostar la paciente o sentar, dependiendo de la meditación mindfulness a realizar. Al seguir las instrucciones se iba adentrando poco a poco en sus emociones y en sus pensamientos, cada uno de ellos los externaba durante la sesión o al finalizar. Esta técnica de relajación no sólo funcionó para bajar los niveles de ansiedad en **A**, sino que también, le fueron de gran utilidad en diversas situaciones de su vida cotidiana. También debemos recordar que se utilizan para el cambio de consciencia y para que elimine paulatinamente los pensamientos negativos, que son comprobados y reforzados cuando tiene un acercamiento con el mundo exterior. Para ello, en la meditación tiene que hacer consciencia de sí misma y de lo que le rodea identificando la realidad que no llega a observar cuando se encuentra en el estado de evitación y ansiedad.

Una vez que se encontraba la paciente completamente relajada, nos conectábamos con sus emociones más profundas, trabajando en este punto en hacerle ver la realidad de las situaciones. Ella mencionaba mucho el ser poco apreciada por las personas ya que su físico hacía que fuera rechazada, o que estaban esperando a que hiciera algo mal para que se burlaran y la hirieran, así como, cuando su novio llegaba a hacerla sentir inferior, ella creía que sería abandonada y humillada, dejándola completamente desamparada. En la sesión se le preguntaba ¿cómo es que se veía a si misma?, así como, “para ti ¿hay algo malo con lo que observas?, ¿los demás deberían de seguir excluyéndote por ello?, ¿Tu apartarías o juzgarías a alguien que fuese como tú?, ¿Por

qué si o por qué no?”. Estas eran sólo algunas preguntas que iban surgiendo durante la meditación y que hacían reflexionar a la paciente **A.**, permitiendo comprender como se acomodaban sus pensamientos.

Cuando salieron a tema los conflictos familiares y como estos le afectaban para relacionarse con los demás, incluso con ella misma, se trabajó la evocación de experiencias de la niñez y la evocación de imágenes (Beck et. al, 1985), en donde al recordar aquel acontecimiento y vivirlo nuevamente pudimos trabajar con las emociones que esto generaba en ella y así también pudiese comprender la razón por la cual sus padres ocultaron su situación familiar ante ella. Una de las sesiones más complejas, fue aquella en donde tuvo que recordar experiencias de su niñez: al parecer, se encuentra a sí misma como insuficiente, débil y expuesta para cualquier cosa que la vida quiera obsequiarle. Desde pequeña ha perdido la confianza en sí misma, cada que quería dar alguna opinión en clase recibía burla y rechazo, aunque en realidad ella ponía demasiada atención a sus expresiones, gestos, susurros que le pudieran hacer, creer que eran para ella y venían de forma negativa. Muchas de las veces que se sintió humillada, fue aquellas en donde se había generado temores o inseguridades por sus pensamientos. La relación con su padre se fracturó debido a la falta de comunicación, evitar hablar de sentimientos y enfocarse en lo negativo con constantes discusiones que dejaron avanzar, dañando gravemente su relación afectiva. Al tener a dos personas aferradas al problema, dificultó el objetivo de la terapia, y los alejó de obtener una claridad para encontrar la solución a sus problemas. En esta parte de la intervención terapéutica, se incluyeron a los padres para algunas sesiones de terapia sistémica en la que pudieran expresar sus emociones y gracias a un mediador consiguieran una comunicación asertiva, ya que si no fuese de esta manera se interrumpirían constantemente y se dedicarían a atacarse y culparse unos a los otros como acostumbraban. Un hecho muy relevante dentro de la sesión, fue que difícilmente



podían ponerse de acuerdo como familia, no se escuchaban y cuando llegaban a decir algo se contradecían con facilidad. El padre de la paciente solía gritar en cuanto las cosas no eran como él quería y se comenzaban a salir de control. La paciente tiene llanto fácil a lo largo de las sesiones con sus padres, y tiene muy incrustadas las ideas que su madre tiene sobre su papá, lo que hace que se predisponga a atacarlo y a culparlo de todo su sufrimiento. Si en el pasado el padre había sido bueno con ella, **A** lo borra de su memoria y se aferra a lo negativo, a no ser apoyada ni valorada por su padre.

Para poder bajar su estrés y evitación al hablar de lo que sentía, se utilizó la técnica de mindfulness con terapia cognitiva de Kabal-Zinn, ya que ayuda a que se relaje la paciente y que en un determinado momento se logre hablar de lo que siente en ese momento, y de qué emociones le genera el recordar algunas otras situaciones que le causan incomodidad, inconformidad y la colocan en un aislamiento de la sociedad. Para generar una resignificación de estos pensamientos y emociones se utilizó la técnica de Beck y Freeman (1995), en donde pudimos hacer una lista con los “pros” y los “contras”, enumerándolos de los más importantes a los más irrelevantes. Así, ella pudo observar con claridad que algunas de las cosas que le afectaban gravemente, eran más sencillas de aceptar de lo que parecían, como, por ejemplo, el ser demasiado tímida. Comprendió, al escucharse y razonar lo que ella misma decía, que no era en absoluto algo malo, sino que era parte de su personalidad y que incluso le podría traer alguna ventaja, como el concentrarse, el enfocarse en sus prioridades y el ser analítica y observadora. Así cada uno de sus complejos y sentimientos, o pensamientos negativos les pudo encontrar alguna ventaja y, por supuesto, desventajas, para saber que permanecería en su vida y que no. Una vez creyendo en sí misma y aumentando su autoestima, se consiguió disminuir su estrés ante el contacto social, logró comprender que el sentirse mejor está en sus manos, planificó sus próximos movimientos para

alcanzar sus objetivos, lo cual no podía realizar al inicio de la terapia, ella veía como una salida el golpearse o dejar de comer y dormir. Además, al comprender cuales eran sus verdaderos problemas, encontró varias alternativas para resolver cada uno de ellos.

### **Fase 3 (8-16) Evaluación de metas. ¿Qué conseguimos?**

Los objetivos principales de la terapia son analizar la intervención con el plan terapéutico adaptado a sus necesidades, con estrategias enfocadas en técnicas cognitivas-conductuales, métodos para mejorar sus relaciones interpersonales, disminuyendo la frecuencia e intensidad de los síntomas del trastorno con terapia cognitiva estándar (conciencia plena “mindfulness”) y terapia conductual y para fortalecer sus redes de apoyo se integra la terapia sistémica.

Es necesario tener bien en claro estos objetivos al momento de evaluar lo que se consiguió durante la terapia. Es grato saber que la paciente **A**, logro un avance favorable para su vida con las técnicas y estrategias que anteriormente se mostraron. No se aplicaron pruebas para definir con precisión cual había sido su avance, pero se realizaron observaciones al realizar los ejercicios que se dejaron para practicar en su casa y entrevistas con ella y con los padres para complementar la información y saber si realmente se había conseguido una reinserción social, un aumento de autoestima, los síntomas de su dismorfia menos acentuados, una asertiva toma de decisiones, y cambio de pensamientos.

Este último fue uno de los objetivos más importantes dentro de la terapia, el que la paciente aprenda a evaluar por sí misma la validez y utilidad de sus pensamientos es una herramienta útil al momento de interaccionar con los otros, de plantarse en un grupo, incluso al estar ella misma con sus pensamientos, para sentirse mejor y elevar su autoestima. Así que es punto clave lograr un cambio en esta parte.

Esto quizás sea lo más complejo de evaluar sin tener una prueba que logre evaluar a la persona cognitivamente. No podemos decir a ciencia cierta que la evaluación mediante la observación y el seguimiento de la evolución de un paciente sea la manera más adecuada y precisa de arrojar datos, más sin embargo recurrí a esta forma de evaluación debido a que hay una limitante respecto a las pruebas estandarizadas para población pediátrica en México. A pesar de ello, los datos que se pudieron rescatar mediante la observación fueron satisfactorios y bastante visibles al final de las sesiones al comparar los datos obtenidos desde la primera sesión. La paciente **A.** Llego con un grado de timidez muy alto, se ocultaba detrás de su ropa y cabello, su tono de voz era bajo y eran escasas las veces en las que daba su punto de opinión, su temor porque dentro de la terapia se le juzgara era alto, se ponía nerviosa al expresarse y esperaba algún gesto de aceptación para seguir opinando, incluso antes de realizar alguna actividad se aseguraba de avisar que no sabía hacer las cosas y que todo lo que hacía lo realizaba incorrectamente. Se culpaba de todo y se negaba a creer que ella tenía algún valor para ella misma o para los demás.

La última sesión platicamos profundamente respecto a su avance y a como solía pensar antes, ella misma pudo explicar que no sabía cómo podía vivir así, que no se encontraba consciente de su comportamiento, que no quería volver a ser así. Ella venía con el cabello recogido, ya no ocultaba su rostro, llevaba una blusa de manga corta, sin sudaderas que cubrieran su cuerpo ni sus manos, las mismas que ya no juntaba y apretaba mientras hablaba, su tono de voz se volvió normal, se entendía mejor lo que quería expresar, incluso su dicción mejoro, ya había comenzado a relacionarse mejor con sus compañeros de la escuela, logro solucionar los problemas con su pareja y se mostraba menos apegada a él, era fácil observar eso cuando dentro de sus planes ya no era lo único que tenía en mente, sino que quería crecer como persona, estudiar y practicar algún deporte o aprender algún idioma. También comenzó a aceptar su

personalidad, que el ser apartada y querer estar consigo misma no tenía nada de malo, que al contrario eso la motivaba a pensar, a ser creativa y entenderse mucho mejor. Que no está mal equivocarse, que todos lo hacemos, que eso le ayudaba a aprender y no volver a hacer lo mismo. Esto le aterraba, cometer un error en público era algo que no podía permitirse jamás pues sería atacada y excluida como siempre (o al menos eso es lo que ella tenía en su pensamiento).

Aunque presentaba un fuerte deseo por estar dentro y fuera del problema, en cuanto lograba solucionarlo, volvía a recaer en aferrarse a su dolor y sentirse inadaptada o fuera de lugar, poco querida y por supuesto juzgada por los que la rodean, como si esto le reconfortara, al corroborar que la forma en la que la miran y en la que la catalogan es cierta, y está cumpliendo con el papel que le han colocado para ella las demás personas. Para ello utilizamos la técnica de construcción de nuevos esquemas de Goldfried y Newman, (1986) para intentar desactivar estas creencias negativas que constantemente le llegaban a su pensamiento y hacían que retrocediera en su conducta.

En cuanto a la comunicación con sus padres, no mejoró del todo, pero no por ella. **A** puso de su parte algún tiempo, al inicio de la sesión ella comentaba que su baja de peso se debía a que no se alimentaba correctamente. Mediante las entrevistas se aclaró que era porque no quería estar compartiendo la comida en un ambiente en donde papá y mamá sólo discutían. Ahora comentaba **A** que ya comía con ellos e intentaba llegar a pláticas agradables, preguntar aquellas cosas que se habían hecho en el día, pero concluyó que lo mejor era preocuparse por ella misma, comer sanamente y dejar que ellos mismos resolvieran sus problemas, debido a que no funcionó su técnica y los problemas seguían acrecentándose. Ahora ella come en su habitación mientras escucha música, pero aceptando sus alimentos, a esto me refiero

con que no ve la hora de comer como algo malo, deja que se nutra sin pensar en ello como algo depresivo o negativo.

Esto es un avance que aunque no se pudo ver un desarrollo favorable en cuanto a la relación familiar, se generaron bases para poder ser más fuerte y creer en sí misma, definitivamente esto es un trabajo constante, no puede hablarse de algo definitivo puesto que tiene mucho trabajo por delante, aún hay deficiencias en el aspecto cognitivo, y por supuesto requiere de motivadores que afiancen sus ganas de hacer las cosas, con ello que deje de prestar tanta atención a lo que los demás esperan de ella o que opinan de lo que desea, pero dimos un gran paso, el hecho de que sepa que tiene valor y que es capaz de hacer las cosas le da herramientas para estar alerta y recibir lo que su entorno tiene para ella.

## DISCUSION.

El objetivo principal de este trabajo fue analizar la intervención con el plan terapéutico adaptado a las necesidades del paciente, con estrategias enfocadas en técnicas cognitivas-conductuales, métodos para mejorar sus relaciones interpersonales, disminuyendo la frecuencia e intensidad de los síntomas del trastorno con terapia cognitiva estándar, (conciencia plena “mindfulness”) y terapia conductual. El cual se alcanzó, no podemos decir que se erradicó el problema por completo, pero se consiguió un avance con el plan generado para **A** exclusivamente, ya que se trabajó hasta conseguir mejoras en estos síntomas propios del trastorno, se recolectaron las técnicas que mostraron utilidad al menos en este caso, y que bien pueden ser de utilidad para otro caso de la misma índole agregando o quitando alguna de éstas. Podemos percatarnos del avance observando patrones tan marcados que presentaba, como los hábitos alimenticios, el sueño y su actitud ante su familia y conocidos, como es que ha avanzado **A** con estas técnicas.

Millon & Masson en el 2006, encuentran que el trastorno de personalidad por evitación surge debido a una carencia de capacidades de adaptación en condiciones de estrés para el paciente. **A** comenzó con problemas sociales e interpersonales en el momento en el que no supo responder ante las amenazas que vivía en casa. Lo “normal” en una persona, es que cuando se enfrenta a situaciones complicadas, de estrés, a las cuales hay que darles una solución, este se base en las estrategias aprendidas en otras situaciones, eliminando también aquellas que no le sirvan haciendo un repertorio de aquellas que son de utilidad. Pero, para personas como **A**, que no eliminan estrategias poco eficientes, las repiten constantemente cayendo en un círculo interminable de problemas, lo que los lleva a una percepción de su realidad social distorsionada. Esto

es algo que se muestra con claridad desde la primera sesión, en la que cuenta gran parte de su vida y el porqué de sus sentimientos de inadaptación y autodevaluación. Es claro que la paciente no supo cómo responder ante las dificultades que se le presentaron desde su infancia, cuando los niños la molestaban en la escuela o cuando descubrió que su padre tenía otra familia. Ella simplemente se bloqueó y no encontró una solución para poder sobrellevar esos sentimientos. Así como también al ser una persona rígida, no se adaptaba a su entorno, como una persona “normal” intentaría hacerlo, **A** simplemente se aislaba y no participaba, discriminándose a sí misma, no dando lugar para que los demás la conozcan. Cuando su entorno no se adaptaba a ella, **A** entraba en una crisis, esto hacía que se redujera sus oportunidades de generar estrategias adaptativas haciendo su vida menos placentera. Esto la había llevado, igualmente, al círculo vicioso de repetición de patrones, replicando sus fallos y, con ello, menospreciándose, limitando un desarrollo en cualquier área de su vida.

He aquí una parte crucial en el tratamiento, cuando identifiquemos esta conducta, no solo sabemos que es parte de su trastorno, sino que sabemos que hay que implementar el cambio de consciencia, reestructurar su pensamiento, el trabajo en el área cognitiva y en el área emocional.

Como lo menciona Bateson en 1972, nosotros “creamos el mundo que percibimos, no porque no exista una realidad externa, sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos”. La terapia estuvo enfocada en ayudar a la paciente a que ella misma se descubriera, entendiera, y así hablara de como percibía su mundo, qué cosas le afectaban y así avanzar de la mano con ella, remodelando el mundo que percibía como suyo, del que no había más que problemas. Para ello se trabajó en la reestructuración de su pensamiento, con ayuda de las terapias cognitivo conductuales,

y con una en particular, la cual mostró un gran avance y se adaptó a la manera de trabajar de la paciente, esta fue la técnica de resolución de problemas de Nezu y D'Zurilla de 1999. Ya que, si se empieza comprendiendo a fondo el problema, el verdadero problema y que se tiene la capacidad de resolver cualquiera de ellos de diferentes maneras, les da la fortaleza que requieren para tomar sus propias decisiones y entender que muchas cosas no dependen solo de ellos, sino que se encuentran dentro de un sistema social en donde las acciones de los demás llegan a afectar su entorno, pero siempre recordando que está en nosotros el cómo tomamos estas acciones para con nosotros.

Aunque es importante agregar que en el ámbito social se puede decir que la personalidad es el resultado reflejo de un sinnúmero de características pertenecientes a la base social en la cual se encuentra inmersa una persona, puesto que todo lo que ocurre en el contexto puede afectar o beneficiar a esta; además la personalidad se puede configurar a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba sus características individuales, que les permiten desempeñarse en la comunidad (Montaño, Palacios & Gantiva, 2009). Para **A** fue muy difícil superar el hecho de ser excluida de los conflictos que tenía su familia respecto a la otra familia, el tenerse que enterar de las personas que la molestaban en su casa y en su escuela, la hizo sentirse vulnerable pues ellos estaban más conscientes de lo que sucedía en su familia, que ella misma. Y como podemos observar, no es cuestión solo de un mundo mental, todo va de la mano, pues no deja de verse afectada por todo lo que le rodea, ayuda mucho el que sepa controlar sus pensamientos, que se enfoque en la realidad, y no se genere pensamientos negativos que la aparten y disminuyan su autoestima y carácter para enfrentar cada una de las circunstancias por las que atraviese. Es decir, si hubiese podido controlar ese sentimiento de exclusión al momento de arreglar aquel conflicto hubiese podido entender que sus padres si querían incluirla, pero en un momento más



estable de su vida, en el cual pudiera comprender que no pasaban por un momento desagradable, que su padre amaba a todos por igual. Por ahora, el único sentimiento que maneja con su padre es el de abandono y rechazo.

Como lo habíamos visto con Procacci & Popolo en el 2008, los trastornos de personalidad por evitación tienen distintas facetas en la vida de los pacientes, **A** paso estos estados mentales y se vuelven claros durante cada una de las terapias, el primero de ellos es el estado de *extrañeza*, en donde la persona experimenta un mundo metafóricamente hablando se siente dentro de un bunker de cristal, que lo separa del resto del mundo, **A** intentaba participar con sus compañeros y ser parte del mundo que le rodeaba, pero no lo hacía, experimentaba esa distancia lejana con los demás, desde que comenzó su interacción social (en el kínder cuando sus compañeros la molestaban por tímida).

Luego tenemos la etapa de la *exclusión*, en donde prevalece el temor al juicio negativo y la baja autoestima, generando incomodidades y vergüenza, aumentando la distancia interpersonal. **A** desde muy pequeña pensó que todo en ella estaba mal, al ser excluida por actitudes que no podía modificar, como cuando la molestaban por ser blanca o por ser muy delgada o muy tímida. Creció con la idea de ser una niña “anormal”, por ello se refugiaba en sus cuentos, fantasías, quizás incluso en generar falsos ídolos que seguir, con tal de no estar presente en su realidad, pues no quería ser lastimada, lo único que buscaba era ser parte de algo como todos los demás.

Llego a una etapa llamada estado de *miedo y amenaza*, en donde al enfrentar situaciones nuevas surge el miedo y se siente intimidada ante la mirada de los demás, a los cuales percibe como una amenaza. Esta etapa le llega en la adolescencia, y se vuelve más difícil establecer vínculos con los demás, aunado a esto, es cuando se entera de su situación familiar y que tiene más hermanos. En donde lo único que ve es

el alejamiento de su padre, de sus preferencias hacia la otra familia, el apoyo por parte de su madre al alentar una molestia injustificada, lo que hace que aumente el miedo a ser abandonada y con ello a hacer lazos con los demás en donde sabía que en algún momento podía ser traicionada. Los estados de *rechazo, injusticia sufrida, desquite narcisista y gratificación solitaria*, van completamente de la mano, pues ya con la idea de ser inadaptada, abandonada y rechazada, no formando parte de algo, busca escapes, uno de ellos es recurrir a la fantasía, también se vuelve muy meticulosa y reacciona mal ante cualquier actitud de las personas, esperando que sean hostiles y juzguen su comportamiento como está acostumbrada y para compensar todo su dolor busca pequeños espacios en su día para auto complacerse, se hacía evidente cuando se encerraba en su cuarto y se ponía a leer o a escuchar música, o únicamente a navegar por internet sin que nada ni nadie pudiese molestarla, incluso no comía por estar realizando estas actividades que eran lo único que la desconectaban de su malestar.

Tomamos cada una de estas etapas y las trabajamos hasta la raíz de la situación, intentando cambiar los pensamientos que llevaba dentro y mostrándole otros caminos. He aquí en donde la generación de estrategias que ella misma ayude a realizar, ayudan a eliminar todas aquellas que solo la llevaban a caminos circulares y a repetir sus errores.

Beck y Freeman en 1995 nos aportan una técnica cognitiva conductual llamada lista de pros y contras, en donde ayudan al paciente con la toma de decisiones. Esta técnica fue de gran ayuda para **A**, debido a que ella iba dando sus respuestas, sus “pros” y “contras” de ser como era, incluso de como la veían los demás, enfrente los comentarios hirientes que llegaban a hacer hacia ella, y los analizo a profundidad. Después de percatarse que muchas de esas cosas en realidad no le causaban tanto

miedo como parecía y que el ser retraída y apartada de la gente le podría traer cosas buenas, pero que también quería conocer esa parte en la que pudiera convivir y ver que era el sentirse parte de algo. Aun le causaba mucha ansiedad el estar con personas nuevas, pero lo intentaba y poco a poco se notaba una evolución en su carácter, incluso llegaba al consultorio sin gorras, y con las manos fuera de sus mangas, con una postura más ligera y un tono de voz normal cuando antes era muy bajo.

Como la literatura nos muestra, este trastorno puede ser biológico, genético y social, así que se debe de estar muy alerta de cada uno de estos para saber qué es lo que le afecta. A la paciente **A.** se le hizo una entrevista completa, en donde se descubrieron rasgos y patrones en cuanto al carácter y personalidad que la hacían propensa al comportamiento que presentaba, además su entorno la trato de maneras muy hostiles, tanto en la escuela como en su casa se sentía atacada, humillada y fuera de lugar, debido a algunas circunstancias que le afectaron con gravedad emocionalmente, como vimos anteriormente esto habla de un detonante de un trastorno de la personalidad, al no saber cómo manejar correctamente una situación estresante. En su caso hubo demasiadas, que las acumuló y ya no supo cómo deshacerse de ellas.

Las técnicas de Mindfulness de Kabal-Zinn propuestas en el 2006, fueron aplicadas para que la paciente dejara por un momento de evitar todas esas emociones y situaciones que la colocaban en un papel de incomodidad y ansiedad, en ocasiones pueden sentirse ansiosos o evitantes al colocarse en una situación incómoda, y buscan excusas para no realizar las actividades, ya que no se sienten capaces de hacerlo o creen ser juzgados por cada movimiento a realizar. Pero, con la meditación y las respiraciones que se utilizan en esta técnica de mindfulness, la paciente llegaba a un punto de comodidad y relajación, estableciendo un lazo con el terapeuta, pues este siempre le acompañaba durante el ejercicio y así al estar ambos conectados se

generaba un ambiente apto para conversar sobre situaciones difíciles sin ese peso de ansiedad que se generaba al tener conversaciones tan directas.

Uno de los puntos más difíciles a tratar es que, realmente el paciente no tiene una consciencia de que presente alguna anomalía en particular, y aunque tiene muchos deseos por cambiar, en ocasiones no hay avance ya que inconscientemente se muestra poco cooperativo, y los cambios cognitivos son de constancia y tiempo.

En muchos casos se suelen utilizar fármacos que ayuden al paciente a nivelar sus emociones, pero en este caso en particular, se buscó la forma de ayudar al paciente exclusivamente con terapias cognitivo-conductuales y mindfulness. Durante el tratamiento la paciente nunca tomo fármacos.

En cuanto a otros estudios anteriormente realizados respecto a los trastornos de personalidad por evitación, tenemos que no existe alguno documentado en donde explique la aplicación de estrategias o el avance en los pacientes, solo algunas investigaciones respecto a la cantidad de población con este padecimiento, o sobre las características de los trastornos de personalidad por evitación comparadas con otras similares como la fobia social. Tenemos que, este estudio de caso muestra únicamente lo que nuestros objetivos señalaron, el brindar una serie de herramientas que ayuden a acercarnos al paciente con dicho trastorno, a evaluarlo y orientarlo para mejorar sus capacidades interpersonales, cognitivas, emocionales y sociales. No erradicamos el problema de **A** por completo, pero se generó en ella un sentido de pertenencia, una autoevaluación favorable, que le permite sentirse menos juzgada, y aceptándose a ella misma, digamos un 50 por ciento más de lo que lo hacía antes y con ello comprendió su entorno permitiéndose adentrarse en él.

Es necesario seguir ampliando el conocimiento del tratamiento de este trastorno en

nuestro país específicamente, ya que la información sobre este es muy limitada, y el trabajo con estos pacientes lo es aún más, no solo porque sea un caso poco común en la sociedad, sino que también es mal diagnosticado. El que se le dé difusión y se conozca sobre él, hará que estemos bien preparados para conocerlos y darles un tratamiento acorde a sus necesidades.

## CONCLUSIONES.

Durante la realización de este trabajo, se consiguió un acercamiento no solo a la paciente con diagnóstico de trastorno de la personalidad por evitación, sino a una joven con dificultades en cuanto a su razonamiento cognitivo, con sus relaciones interpersonales y a pesar de ello con muchas ganas de cambiar y salir adelante, con un ambiente lleno de hostilidad y falta de comunicación que afectaban cada día más el desarrollo de habilidades que le ayudarán a combatir sus miedos e inseguridades y mostrarse ante los demás como siempre le hubiese gustado hacerlo. Con ello se trabajó y esmeró en tener todo lo posible para brindarle un espacio cómodo en el cual se sintiera libre de expresar sus emociones. Cuando ella se abre y muestra todos sus sentimientos, es ahí donde se consiguió un trabajo más enriquecedor, con el que se tuvieron herramientas útiles para un acercamiento y avance notorio. Aunque es muy importante recalcar que mientras su familia no colaboraba con el programa no se podía establecer un avance concreto. Se trabajó constantemente con la familia debido a que gran parte de sus emociones negativas estaban relacionadas con situaciones familiares. A pesar de ello, los padres de **A** no podían llevar a cabo las recomendaciones dadas, por lo que no se lograba un avance en la comunicación y actitudes de ambos y con esto se veía un retroceso en la terapia con la paciente. Así que, al tener un núcleo familiar irremediablemente roto, impedía hacer una red de apoyo sólida, en donde ella se sintiera respetada y valorada dentro de su familia. Esto se llega a mencionar con anterioridad debido a que es gran parte de sus problemas emocionales, un parteaguas en su desarrollo emocional y una fuente de dificultades para generar fortalezas como persona.

Recordemos que la salud emocional de los hijos de una familia es afectada por la relación emocional existente entre los padres (Epstein, 1993 citado en Soriano y Pons,

2013). A pesar de que en la institución y debido al corto tiempo de consultas y la especialidad del servicio, no se puede brindar como tal una terapia sistémica, se trabajó con los miembros de la familia en tres sesiones en donde se pretendía que compartieran sus emociones, sus necesidades de manera directa y franca, para que poco a poco cada parte de la familia entendiera al otro y con ello su relación mejorara. Estas intervenciones ayudaban en la convivencia por un periodo de tiempo muy corto, pero no pudieron aplicarlo a su vida diaria. Así que un avance concreto no se observó, pero en general podemos decir que les sirvió mucho hablar de su problema, dar a conocer los puntos que los otros no conocían, y generar empatía.

Gran parte de sus inseguridades son transmitidas por su madre y se ven reflejadas en la forma en la que se expresan, tanto madre como hija, ante la situación en la que se encuentran. El padre, por supuesto, intenta colaborar ante la problemática de tener dos familias, pero ellas no permiten ese acercamiento, y el único apoyo emocional que les puede brindar es el de mando, lo que genera una inconformidad y un aislamiento por parte de su esposa y su hija, aunque mayoritariamente de la hija debido a que no observa una relación sana en casa.

La paciente se refugia constantemente en su pareja que es igual de inestable y no le brinda las suficientes herramientas para que ella se enfrente a sí misma, además de que su pareja le da aún más razones para que se provoque conflictos, y creer que es inferior a los demás. Le es necesario convivir consigo misma y darse cuenta de lo que en verdad necesita. Por mucho tiempo le ha prestado demasiada atención a lo que los demás esperan de ella, pero nunca se ha puesto a pensar en lo que ella quiere, las técnicas de relajación le han sido de utilidad para identificar en dónde siente cada una de sus emociones, así como sentirlas al máximo para después dejarlas ir, pero al ser una adolescente y tener estos cambios de humor y además convivir en un ambiente

hostil provoca un avance lento en cada una de las estrategias que se enseñan para mejorar sus pensamientos y emociones negativas.

Es necesario recordar que algunas de las técnicas cognitivas conductuales, como la evocación de imágenes y experiencias (Beck, 1995), la toma de decisiones (Beck & Freeman, 1995) y la modificación de las creencias negativas (Goldfried & Newman, 1986), fueron utilizadas con anterioridad en algunos casos para pacientes con el trastorno de personalidad por evitación, pero algunos como la terapia cognitiva con mindfulness (Kabal-Zinn, 2006), el modelo de solución de problemas (Nezu, 1999), el descubrimiento guiado (Beck & Freeman, 1995), fueron integrados al trabajo con la paciente debido al poco tiempo de terapia, las necesidades especiales de la paciente y las distancias tan largas entre una cita y otra.

En cuanto a estudios realizados dentro de la Ciudad de México respecto al trastorno de personalidad por evitación, este caso es relevante viéndolo como un manual, en donde nos encontramos con un caso y sus diferentes vertientes y las formas en las que las estrategias llegarían a facilitar el camino a una recuperación de la salud, puede ser de gran ayuda para los psicólogos que empiezan en el área clínica y que puede que se encuentren en una institución de alta demanda en donde la atención pertinente e inmediata es fundamental para dar una atención apropiada.

El ser diagnosticado con trastorno de personalidad por evitación es poco común, pero afecta a largo plazo las relaciones sociales y emocionales de la persona que lo padece, por ello es importante detectarlo antes de la edad adulta cuando puede realizarse una intervención más efectiva y duradera que cambie la calidad de vida de un paciente y lo integre a la sociedad con pensamientos, sino completamente positivos, al menos sanos para la persona, que no afecte su desenvolvimiento y alcance de metas personales.



Esta investigación y recopilación de técnicas pretende ser un aporte importante para un trastorno poco común y dejado a un lado, de cierta forma, pues aunque parece ser poco detectado, afecta gravemente al paciente.

Ahora, si bien se sabe el realizar una investigación es un proceso complejo y que lleva un tiempo y dedicación, el estudio de caso es igualmente complejo pero en este caso fue todo un reto, ya que no se contaba con la información suficiente, actualizada, relevante en nuestro país, ni con estadísticas, aunado a esto con un tiempo limitado y poca población que cuente con el trastorno. Debido a lo anterior se trabajó únicamente con una paciente, pero se logró realizar una intervención ideal para alcanzar los objetivos en el tiempo y forma esperados debido a su gran cooperación, tanto de la paciente como del terapeuta, así como también de las facilidades de espacio brindadas por la institución.

Es importante aclarar que también una limitante fue la distancia que tenía que recorrer la paciente para llegar a tomar su consulta. Recordemos que la paciente es foránea, residente de Guerrero, le era imposible venir una vez a la semana por cuestiones escolares, económicas y de traslado para sus padres. Los gastos aunque eran cubiertos por la institución, requería asistir a otra consulta en otro servicio médico, de lo contrario no era posible solicitar un traslado.

Todas estas fueron limitantes dentro del trabajo que se realizó con ella, pero se intentó tener un contacto vía correo electrónico en el que solo se aseguraba de que estuviera realizando las actividades que se habían recomendado y de no hacerlo que pudiera explicar el porqué.

Una ventaja de trabajar únicamente con una paciente realizando este estudio de caso, sería el poner mayor énfasis y atención a la consulta debido a que no se tenían distractores o citas pendientes, todas las herramientas y tiempo dedicado a la práctica

eran exclusivas para ella. También el no perder de vista los avances o los factores que hacen que retroceda, trabajar con aquellos que se pueda, como la familia, y poder brindarle una atención satisfactoria.

Las desventajas de trabajar solo con un paciente en un estudio de caso, es definitivamente el no poder comparar los datos con algún otro caso de la misma índole, observar cómo se desarrolla en diferentes escenarios o si el contexto es lo que realmente está afectando al paciente o es algo puramente genético, hereditario, o requiere de un hecho traumático en específico para desarrollar dicho trastorno. Pero una ventaja definitivamente fue el poder prestarle atención y cuidado a cada una de las partes que se iban desarrollando durante cada sesión, el poder dar mejores atenciones, dedicar más tiempo a encontrar estrategias que puedan ser de ayuda y que estas estén enfocadas específicamente en resolver sus problemas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª Edición. Estados Unidos: Medica Panamericana.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. *Behavioral Science*, 1, 251-264

Beck, A. T., Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.

Becoña, E. (1993). *Técnicas de solución de problemas*. En Labrador F.J. Cruzado, Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.

Binswager, L. (1973). *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Gredos.

Caballo, E. V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Caballo, E.V., Carroble, J.A., (dirs). (1997). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Vol.2 Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. España: Siglo XXI.

Cia, A. (2004). *Trastorno de ansiedad social. Manual diagnóstico terapéutico y de autoayuda*. Buenos aires: Polemos.

Cormier, W. H., Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas, "habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales"*. California:Publishing Company Pacific Grove.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. (2ª, ed). Nueva york: Springer.

Eysenck, H. J., Martin, I. (1987) *Theoretical foundations of behavior therapy*. Nueva York: Plenum.

Fishman, D. B., Rotgers, F., Franks, C. M. (1988) *Paradigms in behavior therapy: Present and promise*. Nueva York: Springer.

Frankl, V. (1997). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: Fondo de cultura económica.

Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (2010). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.

Gottman, J. (1993). *A theory of marital dissolution and stability*. Journal of family psychology, 7, pags 57-75.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y cambio consciente (Mindfulness)*. España: Brouwner.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación. MacGraw-Hill: México.

López P., André F., (et al). (2010). *Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005)*. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.

Martínez, E. (2011). Comprensión existencial del trastorno evitativo de la personalidad. *Vanguardia Psicológica*. Vol. 9 No. 2. [www.evitación.com](http://www.evitación.com)

Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos. Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.

Millon, T., Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley Interscience.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., et al. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Primera Edición. España: Elsevier.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., et al. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Segunda Edición*. España: Elsevier.

Millon, T., Roger, D. D. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.

Nezu, A. M., Nezu, M. C. (1991). *Entrenamiento de solución de problemas*. En Caballo, V. (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.

Nezu, A.M., Nezu, M. C., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

Palomo, T., Jiménez, M. (2009). *Manual de psiquiatría*. Madrid: Graficas Marte.

Rodríguez, E. (2012). *Conocer la enfermedad mental. (Salud mental en el siglo XXI: Cuidar, rehabilitar e integrar)*. Madrid: Díaz Santos.

Semerari, A. Dimaggio, G. (2003). *Los trastornos de la personalidad modelos y tratamiento*. Roma: Desclée de Brower.

Shauna, L., Carlson, L. (2014). *Arte y ciencia del mindfulness, integrar el mindfulness en la psicología y en las profesiones de ayuda*. Washington DC: Desclée e Brower.

Soriano, M., Pons, N. (2013). Recursos percibidos y estado emocional en padres e hijos con discapacidad. *Vol. 1 No.1. Revista de Psicología de la Salud*.

Stephan, S.H., Marciate, W. (2007). *Quick guide to clinical techniques for common child and adolescent mental health problems*. Baltimore: University of Maryland center for school mental health analysis and action.

Taylor, C., Laposka, J., Alden, L. (2004). Is avoidant personality disorder more than just social avoidance. *Journal of personality Disorders. Vol. 18 No. 6., Pag. 571-594.*

Kabal-Zinn, J. (2007). La práctica de la atención plena. Barcelona: Kairós.

## ANEXOS

### *ANEXO 1*

#### **OBSERVACIÓN DEL CUERPO**

La meditación de observación del cuerpo suele practicarse tumbado sobre la espalda (se habla de rest pose corpse pose en las tradiciones de yoga) con las piernas estiradas, los pies hacia afuera y los brazos estirados a los lados del cuerpo y con las palmas hacia arriba, siempre que esta postura abierta y receptiva sea cómoda para usted. El ambiente ideal es un lugar cálido, seguro y tranquilo con las mínimas distracciones. Se trata de una técnica que requiere de centrarse en su consciencia corporal lenta, deliberada y sistemáticamente, ya sea desde los dedos de los pies hasta la cabeza o desde la cabeza hasta la punta de los pies y aplicando una conciencia de cada momento a todo lo que experimente de cada parte del cuerpo, como conciencia de las sensaciones, de las emociones y de los pensamientos asociados con respecto al cuerpo cuando surjan. Lo ideal sería practicar la observación del cuerpo a diario durante un periodo de varias semanas a fin de pulir sus capacidades para prestar atención con detenimiento. El ejercicio entero puede durar entre 30 a 45 minutos o puede hacerse más rápido en función de cuales sean sus necesidades y del tiempo que disponga.

Empiece conformando una intención clara para el ejercicio. La intención puede ser cualquier cosa que le parezca real o auténtica en este momento; “Que este con mi cuerpo en forma amorosa”, “Que este ejercicio sea beneficioso para todos los seres humanos”. Cuando tenga una intención repítasela en silencio y después déjela ir y centre su conciencia en la respiración. Sienta como la respiración entra y sale del cuerpo y déjese llevar por las olas de su propia respiración a cada momento, sin juzgar.

Cuando esté en contacto con el flujo de respiración en el cuerpo dirija su atención a los dedos del pie izquierdo. Preste atención a cualquier sensación ( o la ausencia de las mismas) que se genere en la zona del cuerpo. Si puede sienta la punta y las uñas de sus dedos de los pies y también las yemas de los dedos. Intente permanecer consciente al mismo tiempo de su respiración y de las sensaciones a partir de los dedos de los pies. A veces puede ayudar imaginar que cada inspiración baja hasta los dedos de los pies y que cada exhalación hace el camino contrario de los pies hasta fuera del cuerpo. No se preocupe si se distrae o si le cuesta sentir algo en los dedos de los pies. En cuanto se dé cuenta de que su mente se dispersa devuelva lentamente el foco de atención a los dedos de los pies sintiendo sin juzgar la experiencia en esa parte de su cuerpo.

Mantenga ese enfoque por un minuto como mínimo y cuando se sienta preparado, aprovechando una exhalación abandone deliberadamente la conciencia de los dedos de los pies, permita que se disuelvan o que floten y desplace la atención a la parte baja del pie izquierdo, incluyendo las sensaciones de presión del talón en contacto con la superficie sobre la que descansa su cuerpo. Preste atención y dirija la respiración a esa zona igual que acaba de hacer con los dedos de los pies. Limítese a estar en contacto con su cuerpo como pueda sin juzgarse; no hay una manera correcta o incorrecta de sentir. Cuando se sienta preparado (tras un minuto o dos de la parte baja del pie) suba hacia la parte superior del pie izquierdo; los huesos, la piel y los tendones que cruzan el empeine y la articulación del tobillo si así lo desea.

Desplácese así lenta y sistemáticamente por todas las zonas de su cuerpo. El orden de la observación puede ser la siguiente; tobillo izquierdo, pantorrilla, rodilla, muslo, cadera. Dedos del pie derecho, parte inferior del pie derecho y talón derecho, empeine, tobillo, pantorrilla, rodilla, muslo y cadera. Toda la pelvis, incluidas ambas caderas, genitales, nalgas y recto. Parte baja de la espalda y abdomen. Parte superior de la



espalda, caja torácica y pecho. Omoplatos y hombros. En cada zona observe que sensaciones están disponibles para su conciencia, quédese con esas sensaciones y observe también cualquier otra experiencia mientras presta atención a cada parte del cuerpo sosteniendo las tensiones, emociones y asociaciones que puedan surgir. Observe la tendencia a apresurarse o a permanecer en determinadas zonas y cuando abandone una zona imagine, aprovechando una exhalación, que esa zona se disuelva mientras pasa a la siguiente.

Desde aquí pase a los dedos y a las manos, izquierda y derecha al mismo tiempo y observe los dedos, los pulgares, las palmas de las manos donde siente la presión del contacto con la superficie sobre la que se encuentra, muñecas, antebrazos, codos, brazos y hombros. Puede intentar ampliar su conciencia de una zona hasta la siguiente a medida que sube por los brazos hasta que incluya toda la longitud de ambos brazos, desde los dedos hasta los hombros. A continuación abandone los brazos con una exhalación. Es posible que los sienta huecos, calientes y pesados, o ligeros cuando libera la conciencia de esa zona y pasa a la cabeza y cuello.

A continuación desplácese al cuello y a la garganta. Tras soltar el aire y abandonar la conciencia de los músculos que rodean la parte delantera y la parte posterior del cuello pase a la cabeza y al rostro. Cuando observe el rostro, empiece por la mandíbula y la barbilla. Afloje la barbilla y sienta la lengua está en contacto con la parte interior de los dientes de abajo, deje que la conciencia se expanda gradualmente para incluir sensaciones procedentes de los labios, los dientes y las encías, paladar, lengua, garganta, mejillas, nariz, (sienta como el aire entra y sale de las fosas nasales), orejas (y oídos), ojos, párpados, contorno de los ojos, cejas, frente, sienes, cuero cabelludo y todo el cráneo debajo del mismo.

Por ultimo sumérgase durante unos instantes en la parte superior de la cabeza. Imagine que tiene un orificio en ese lugar, como las ballenas o delfines, a través del cual puede entrar y salir el aire. Observe si puede aspirar aire por el orificio y sentir como se desplaza por todo su cuerpo hasta la punta de los pies y después expulsarlo por la cabeza cuando exhala. Es posible que sienta un flujo de calor por el cuerpo cuando este respire como un sistema completo y que se sienta completo y contento. Sostenga esa respiración de todo el cuerpo durante unos segundos y después abandone todo el cuerpo. Observe si puede permanecer en el momento presente con la sensación de que la respiración fluye hacia dentro y hacia fuera pero sin sentirlo en ningún lugar en particular.

Llegados a este punto permítase abandonar el enfoque en la respiración y simplemente tome conciencia de lo que pueda surgir y predomine en su campo de conciencia a cada momento. Puede ser pensamientos, sensaciones, sentimientos, sonidos, respiración, rigidez o silencio. Preste atención solamente e intente permanecer en lo que vaya surgiendo igual que antes ha prestado atención a los dedos de los pies y al resto de las partes del cuerpo durante la observación. Permanezca simplemente viendo los pensamientos, impulsos, sensaciones, sentimientos y emociones a medida que aparecen y después, cuando los abandone, vea cómo se van, como los deje ir a cada momento, simplemente tumbado aquí sin nada más que hacer que estar presente, estar consciente.

## *ANEXO 2*

### **MEDITACIÓN SENTADA**

Empiece por poner atención para esta práctica sentada. La intención puede ser cualquier cosa que sienta como verdadera en este preciso momento. Por ejemplo “Que aporte bondad y curiosidad a cada momento” “Que tenga mente de principiante” o “Que esta práctica sea beneficiosa para todos los seres humanos”. Una vez establecida claramente su intención, quizás hablando con usted mismo para dentro, puede dejarlo pasar mientras centra conscientemente su atención en su cuerpo sentado. Sienta sus pies conectados con la tierra, contacte con sus dos piernas, con la silla, con la columna vertebral y con su torso. Tome conciencia de sus brazos, de sus manos descansando en su regazo, sus hombros, cuello, rostro, sienta todo el cuerpo sentado. Permita que su mente sea espaciosa y que el cuerpo se relaje. No tiene que hacer nada.

Y sienta que está respirando. No intente cambiar la respiración, simplemente experimentela. Mantenga su atención claramente centrada en las sensaciones de cada respiración en una parte del cuerpo, sola. Quizás sienta mejor la respiración en una parte del cuerpo- por ejemplo las subidas y bajadas del abdomen, o la inspiración y expiración de las fosas nasales. Observe la delicadeza y la continuidad con las que puede sentir las sensaciones de inhalar y exhalar.

Y observe el movimiento ascendente y descendente del abdomen, o la entrada y salida del aire por las fosas nasales. Deje que la conciencia sea aceptadora y abierta, no intente controlar la respiración simplemente deje que entre y salga su propio ritmo. Sienta completamente las sensaciones de cada respiración sin pensar en ellas sino sintiendo realmente lo que hay en cada momento.

A veces la respiración será fuerte y clara y a veces será suave o imperceptible. Observe simplemente lo que es. La respiración ¿es larga o corta, fuerte o suave? Permanezca con la respiración y sus cambios continuos, siéntala.

Si mientras esté prestando atención a la respiración los sonidos se vuelven predominantes y reclaman su atención alejándose de la respiración, observe lo que oye. Preste atención a la experiencia del sonido sin intentar identificar que lo está causando, como un “coche” o “el aire acondicionado”, sino que quédese simplemente con la vibración del sonido. Y cuando el sonido deje de ser predominante vuelva a la respiración.

Si alguna sensación física del cuerpo, alguna emoción o algún pensamiento aleja su atención de la respiración desplace el foco de atención hacia la sensación, la emoción o el pensamiento y explore lentamente y con cuidado la naturaleza de la experiencia. Observe que ocurre mientras le presta atención; ¿se vuelve más fuerte o más débil? ¿Se disuelve o se intensifica?

Y cuando se haya dado cuenta de la experiencia vuelva a la respiración utilizándola como un ancla que le ayuda a regresar una y otra vez al momento presente. Observe lentamente hacia donde se dirige su mente para volver a la respiración. La continuidad de la atención de esas notas mentales refuerza el mindfulness y la concentración. Cuando se desplace y olvida el enfoque, cuando la mente divaga simplemente observe la “divagación” en cuando sea consciente de ella y regrese suavemente a su respiración.

Mantenga la conciencia simple y permanezca anclado a la experiencia de respirar. Observe que aleja su atención de la respiración y después regrese suavemente una y otra vez.

Y cuando llegue el momento de finalizar la meditación sentada observe cómo se siente su mente, su cuerpo y su corazón. Desde las gracias por haber dedicado unos minutos a cultivar una mayor conciencia, bondad e introspección. Incluso podría manifestar la intención de llevarse ese mindfulness a su vida diaria. Y mientras permite lentamente que la luz egrese a sus ojos y que el movimiento empiece en el cuerpo observe si puede continuar con esa conciencia plena a cada momento.