



## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN CASOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EVASIVA. REVISIÓN TEÓRICA



Federico Bermúdez Cubillo<sup>1</sup>

ENSAYO  
PSICOTERAPIA  
MULTICOMPONENTE

### Introducción

La presente propuesta describe un modelo de intervención psicoterapéutica que integra y combina las principales técnicas para el tratamiento psicológico de pacientes con el diagnóstico de Trastorno de Personalidad Evasiva, buscando consolidar un modelo abordaje amplio, variado y con suficiente respaldo de evidencia empírica que ayude con la remisión de los síntomas, con la adaptación social y la modificación subyacente de la estructura de personalidad alterada.

Se presenta primero un repaso general de la bibliografía consultada acerca de la psicoterapia en casos que presentan el diagnóstico de los trastornos de personalidad; en un siguiente apartado se señalan las particularidades de los modelos y técnicas basadas en evidencia, recomendadas en la literatura para el tratamiento psicoterapéutico específico del trastorno de personalidad evasiva.

Es importante destacar que ningún abordaje desde un enfoque singular

ha logrado resultados contundentes o definitivos en la recuperación del Trastorno de Personalidad Evasiva, por lo cual para la presente propuesta se ha desarrollado un esquema que incorpora las técnicas de mayor eficacia, encontradas en la investigación científica, tanto históricamente como del momento actual.

Se utilizan diversas fuentes documentales como libros y artículos diversos que reportan hallazgos empíricos relevantes en el tratamiento de este trastorno desde la psicoterapia, pero se debe destacar que esas mismas fuentes recalcan el valor del tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de ansiedad que presentan las personas a las que se les diagnostica con este trastorno.

Finalmente, se hace una revisión de literatura acerca de cada una de las técnicas incorporadas en el esquema, para justificar su adecuación como componentes del modelo que aquí se propone.

El constructo nosológico conocido como Trastorno de Personalidad Evasiva es

<sup>1</sup> Especialista en Psicología Clínica. UCR-CENDEISS. Clínica Dr. Solón Nuñez Frutos. Email: fbermudez@ccss.sa.cr fedeber@gmail.com



un diagnóstico importante en cuanto al impacto que tiene en el nivel de bienestar, principalmente del paciente que lo padece y de las personas cercanas a este, dado que su cuadro sintomático consiste primordialmente en temor y ansiedad disparada por situaciones sociales y relaciones, que el paciente evita activamente para protegerse de la crítica, el rechazo, la desaprobación o la burla, sean reales o imaginarios, lo cual tiende a generar conflictos serios en las relaciones interpersonales del paciente.

Dada la complejidad propia de los trastornos de personalidad en general, el abordaje tiene múltiples componentes y se ha estructurado de manera que cada técnica se enlace con la anterior y con la siguiente, en una secuencia lógica que permita al paciente avanzar de manera fluida en su proceso de recuperación, sin tener que enfrentar cambios abruptos, tareas complejas o momentos de mayor tensión de lo que sea capaz de soportar.

### **Materiales y Métodos**

El presente ensayo presenta distintas herramientas psicoterapéuticas para el trabajo con el trastorno de personalidad evasiva, tomando en cuenta aquellas técnicas que tienen mayor respaldo empírico, más investigaciones y mejores resultados para el abordaje de estas condiciones de salud mental.

Se realiza una búsqueda de información amplia, tanto en fuentes de tipo virtual como

en materiales físicos, en la que se identifica literatura que informe acerca de técnicas y herramientas psicoterapéuticas para el abordaje del diagnóstico indagado y que brinden datos acerca de la eficiencia de la aplicación de las mismas.

### **Modelo de intervención**

El abordaje de las entidades nosológicas que conocemos como trastornos de personalidad ha constituido un cuerpo teórico importante en el desarrollo de la psicología y la psicoterapia, siendo que el perfeccionamiento del constructo llamado personalidad ha sido el foco de interés de múltiples científicos, dada su difícil y variable conceptualización a lo largo de la historia y desde los diferentes enfoques que han abordado dicha tarea.

Por estos motivos, además de algunas de las condiciones propias de estos diagnósticos como su larga evolución, resistencia al tratamiento y grado de afectación del paciente que los sufre, es que su abordaje terapéutico se ha considerado difícil, costoso, de pronóstico reservado y muchas veces injustificable. Acerca de estas dificultades, Bateman, Gunderson y Mulder (2016) comentan, “the essential features of personality disorder, substantial impairment of interpersonal function, identity problems, and recognisable social dysfunction, are all difficult to measure”. (p.735) “las características esenciales de los trastornos de personalidad, incapacidad sustancial de la función interpersonal, problemas de



identidad, y disfunción social reconocible son difíciles de medir” (Traducción propia)

A este respecto, también Bateman et al. (2016), mencionan algunas de las dificultades para el tratamiento de los trastornos de personalidad, que han complejizado la correcta intervención en estos casos, ya que las poblaciones que los padecen no siempre presentan las mismas características, estos ocurren con frecuencia en comorbilidad con otros trastornos mentales y la mejora de algunos de estos trastornos comórbidos dificulta la identificación de cambios verdaderos en la estructura psicológica subyacente. (p.735)

Sin embargo, de acuerdo con Bateman y Fonagy (2000), en décadas recientes, los abordajes basados en evidencia que han puesto a prueba científicamente los distintos enfoques y sus combinaciones en su capacidad de ayudar a la ocurrencia de cambios y mejoras significativas en los cuadros sintomáticos estudiados han logrado identificar métodos eficaces para brindar atención terapéutica funcional a los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad. Estos tratamientos presentan características de ser bien estructurados, dedican un esfuerzo considerable en garantizar la adherencia, tienen un enfoque claro, son altamente coherentes para el terapeuta y el paciente, son relativamente de larga duración, motivan la formación de una fuerte alianza entre el terapeuta y el paciente, en la que el terapeuta asume una actitud

relativamente activa y están bien integrados con los demás servicios de salud disponibles para el paciente. (p.141)

Ya acerca del Trastorno de Personalidad Evasiva, Caballo (1998), propone la definición típica de este trastorno incluye un “patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa”. (p.528). De esta manera se debe entender que el paciente con este tipo de trastorno tendrá inclusive problemas para exponerse a establecer un vínculo con el terapeuta, debido a que, en su doble condición, humana y profesional, puede ser fuente de rechazo, crítica o desaprobación ante las conductas que el paciente haya desplegado para evadir las situaciones sociales, aislarse y protegerse de su entorno social y relacional.

La sintomatología de este trastorno, también para Caballo (1998), se presenta primordialmente en la esfera interpersonal, en el que se evitan principalmente las críticas de parte de terceros con los que se mantengan intercambios significativos y existe riesgo de desaprobación o rechazo. Del mismo modo, el sujeto con este trastorno tiende a evitar los contactos en los que no pueda asegurarse la aceptación, inclusive en las relaciones íntimas por miedo a ser ridiculizados o a sentir vergüenza, aunque conservan el deseo de establecer y mantener relaciones con otras personas, sus temores se imponen en la mayoría de las situaciones sociales. También pueden presentar dificultades por tener una



autoimagen deficitaria con sentimientos de inadecuación, ineptitud, creyendo ser poco interesantes o inferiores. Además, se presentan alteraciones en el estado de ánimo producto del miedo que experimentan en estas condiciones (APA, 1994; Millón y Escovar, 1996b, en Caballo, 1998, p.529).

Es por este motivo que el abordaje de uno de estos casos requerirá de parte del terapeuta una cautela considerable para el desarrollo de un ambiente de confianza, aceptación y apoyo, en el que la relación terapéutica, se optimice cuidando el vínculo y demostrando incondicionalidad en todo momento.

A este respecto, en el año 2002, Alden, Lapsa, Taylor y Ryder, subrayan la escasez de investigaciones acerca de la eficacia del tratamiento del Trastorno de Personalidad Evasiva, en comparación con la fobia social generalizada. Las psicoterapias de elección, de acuerdo con Caballo (1998), son la terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal, mostrando la primera resultados superiores en su efectividad. Es importante recalcar que “los criterios del TPE son difícilmente distinguibles de los de la fobia social generalizada, por lo que es de suponer que ambos síndromes sean, en realidad, variaciones de un único trastorno” (p.529).

Es por esta particularidad que Caballo, Andrés y Bas (1997, en Caballo,1998) consideran que la intervención en este

trastorno es muy similar a la que se debe realizar con un trastorno de Fobia Social Generalizada, que incluya entrenamiento en relajación con o sin desensibilización sistemática ...; entrenamiento en habilidades ensayo conductual, modelado instrucciones, la retroalimentación/ reforzamiento y las tareas para casa; Terapias cognitivas dirigidas la ansiedad social, técnicas de exposición, utilizadas conjuntamente con uno o varios de los procedimientos anteriores. (p.529).

Como se observa en las líneas anteriores, la propuesta cognitivo conductual de Vicente Caballo incluye una serie de estrategias orientadas a intervenir en distintos aspectos del cuadro sintomático, que contemplan la relajación y manejo de la tensión que producen los temores y la evitación mediante técnicas psicofisiológicas para la inducción de estados de relajación y aumento de la tolerancia a la tensión, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de reestructuración cognitiva y la exposición en combinación con las técnicas anteriores. Es evidente en esta información que el abordaje planteado no se concentra exclusivamente en el proceso intrapsíquico, sino que se vale sinérgicamente de estrategias vivenciales, psicofisiológicas y de afrontamiento conductual asertivo de los temores, la tensión y las circunstancias ansiógenas, buscando operar un cambio importante en la forma en la que el paciente interpreta los acontecimientos de su vida, que hasta el momento le han generado malestar.



Recomienda este mismo autor, la terapia cognitiva de Beck dado que ha demostrado su efectividad en el abordaje del trastorno evitativo de la personalidad. Beck y Freeman (1990) describen lo delicado de la relación terapéutica, dado que representa una relación en la que pueden reflejarse los temores del paciente. Insisten en la importancia del trabajo en los pensamientos automáticos, su evaluación y tratamiento con métodos socráticos y técnicas conductuales como la desensibilización sistemática, los experimentos, los registros de pensamientos y el entrenamiento en habilidades sociales. Algunas metas relevantes son aumentar la tolerancia a las emociones negativas, abordar las bases cognitivas de la conducta de evitación y la prevención de recaídas. (en Caballo, 2004, pp. 211-213)

Por otra parte, la terapia cognitivo-interpersonal de Alden (1989) propone que se debe estimular a los pacientes a que evalúen su conducta social objetivamente, identificando sus creencias inadecuadas o anticuadas acerca de sí mismos y las reacciones que los demás tienen hacia ellos, utilizando estrategias específicas para conseguir esos objetivos como el Autorregistro, de las situaciones sociales desde una perspectiva objetiva que conlleve un análisis racional de lo ocurrido, la Modificación cognitiva, en distintos momentos de la terapia, primero para atacar creencias y procesos cognitivos inadecuados, colocándose las bases probatorias para un trabajo cognitivo más profundo a posterior

que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento con base en las emociones, y más adelante en temas más profundos relativos al sentido de sí mismo y al patrón de sus relaciones con los demás. Además, utiliza la exposición a conductas y situaciones provocadoras de temor como elemento esencial en el que se enfrentan situaciones sociales temidas y se realizan conductas ansiógenas. Finalmente, utiliza el ensayo de conducta como ejercicio para aumentar la confianza y la probabilidad de enfrentar la situación ensayada y experimentar resultados positivos. ((en prensa) en Caballo, 1998, p.531)

Además, Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2010), refieren como tratamientos sobre los que se ha encontrado al menos alguna prueba empírica de su efectividad para el Trastorno de Personalidad Evasiva, las técnicas de tratamiento conductual de entrenamiento en habilidades sociales y la exposición gradual, e incorporan menciones a las terapias cognitivo-conductuales grupales y la terapia Racional Emotiva. Más recientemente, Lampe y Malhi (2018, p.62), también establecen. “En términos de tratamiento psicológico, exposición gradual, terapia cognitivo-conductual (TCC), entrenamiento en habilidades sociales, psicoterapia psicodinámica, terapia de esquemas y la psicoterapia de expresión y apoyo han sido todas reportadas como útiles, aunque la cantidad de estudios es pequeña” (Traducción propia). (pp.411, 418)



## **Técnicas psicoterapéuticas para el trastorno de personalidad evasiva**

### **Psicoeducación**

La psicoeducación es una técnica de intervención psicoterapéutica orientada a brindarle al paciente información acerca de su padecimiento, las características, condiciones, alternativas y posibles resultados del cuadro sintomático que padece, apuntando a que este nuevo conocimiento ayude en el proceso terapéutico. A este respecto, Sinailin y Jazmín (2018) expresan la siguiente síntesis.

La psicoeducación tiene como propósito disminuir los niveles de ansiedad que el paciente puede presentar producto del desconocimiento de la enfermedad que padece... apoyar en la comprensión y la ayuda para el manejo de la enfermedad..., de una manera didáctica que logre potenciar o fortalecer la capacidad adaptativa. (p.71)

Acerca de la psicoeducación, Arriciaga en el año 2013 comenta que “cuanto mejor conozca el paciente de su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición”. (en Sinailin y Jazmín, 2018, p.71)

Así, el abordaje del Trastorno de Personalidad Evasiva puede beneficiarse de un componente psicoeducativo, en el que se brinde al paciente la información necesaria y suficiente para que comprenda su condición de forma profunda y pueda

utilizar dicho conocimiento de forma práctica en el afrontamiento de su padecimiento, orientado a que tenga un menor manejo de sus circunstancias y así pueda adherirse mejor al tratamiento, entender mejor las manifestaciones de su diagnóstico y los cambios que vaya alcanzando en su proceso de psicoterapia, empoderándose en su proceso de recuperación.

### **Respiración diafragmática**

La relajación y específicamente las técnicas de respiración son herramientas importantes para reducir la activación psicofisiológica que el organismo experimenta como producto de las condiciones, internas y externas que son percibidas como amenazantes o potencialmente peligrosas. En el Trastorno de Personalidad Evasiva, son las relaciones interpersonales y los espacios sociales los que el paciente interpreta como peligrosos, temiendo la crítica, el rechazo y el ridículo como amenazas inminentes a su seguridad e integridad. Ante estas condiciones, el entrenamiento en técnicas de relajación, y para esta propuesta, la respiración diafragmática se considera idónea, dada su fácil aplicabilidad y el profundo efecto relajante que puede tener cuando se utiliza adecuadamente.

Con respecto a las técnicas de control de la respiración, Ruiz, Díaz y Villalobos, (2012) dicen que “son métodos antiguos, que fueron utilizados para reducir los niveles de activación. Tienen su origen en Oriente y en la India, como elementos



esenciales de las prácticas de meditación, en pautas respiratorias reguladas llamadas *pranayamas*” (p.264). Estos métodos han cobrado vigencia en la práctica clínica dada su efectividad y conveniencia, ayudando a controlar la ansiedad mediante la reducción de la activación psicofisiológica en los sujetos en las que se utilizan con estos fines.

En específico la respiración diafragmática es una técnica conveniente, que no requiere equipo, materiales o condiciones especiales una vez que se aprende a utilizar, por lo cual, se considera conveniente para acompañar los ejercicios específicos dirigidos a aumentar la tolerancia a la tensión, la desensibilización y la exposición a situaciones temidas, como recurso para controlar la activación a través de estas técnicas, potenciando la mejoría de un cambio sintomático del tipo del Trastorno de Personalidad Evasiva.

Acerca de la respiración diafragmática, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), refieren:

La respiración diafragmática produce una gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado. Se considera que tanto la inspiración como la espiración correcta, es la nasal. Antes de los ejercicios es apropiado evaluar los niveles pulmonares y el tipo de respiración habitual...tomando en cuenta: duración de inspiración

y expiración, si es nasal o bucal, capacidad respiratoria general y los problemas respiratorios específicos. La respiración varía en función de las necesidades del organismo y no se puede pretender una respiración estándar para todas las personas. (p.265)

Según estos autores, el procedimiento consiste básicamente en los siguientes pasos:

- Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.
- Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen, debajo de donde apoyan las manos.
- Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando de aire la bolsa y cómo la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
- Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”
- Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación. (p.266)

Por otra parte, García-Grau, Fusté y Bados (2008), aportan que este tipo de respiración es más profunda e involucra el tercio inferior de los pulmones donde hay más vasos capilares y por lo tanto mejora de oxigenación



del organismo con menor esfuerzo muscular. Requiere respirar un número menor de veces y produce una respuesta parasimpática. (p.6)

### **Relajación mediante consciencia plena**

Acerca del Mindfulness o Consciencia Plena, se establece que “Proviene de la cultura oriental y del budismo, especialmente en el ideal Zen de vivir en el momento presente” (Vallejo, 2006. P.93). Y, es por esto por lo que, se considera que aun cuando recientemente ha encontrado amplio respaldo científico, es una herramienta que popularmente se ha utilizado ancestralmente en otras culturas y sus resultados son reconocidos en estas latitudes como beneficiosos para la salud mental.

Con respecto a sus resultados y a la evidencia empírica a su favor, Davidson et al. manifiestan que, en ámbitos clínicos, esta actividad ha dado resultados positivos en diversas investigaciones, constatando que es útil para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias. (2003)

El *mindfulness* como práctica clínica formal, tiene sus orígenes en la década de los 70, con el trabajo de Jon Kabat-Zinn, (2006) quien desarrolla aplicaciones para el control del estrés en el ambiente médico-académico, para el tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos. (p.96)

Esta técnica se define como:

Atención plena, o consciencia plena, ... es una experiencia caracterizada por la

consciencia del momento presente, sin juicios y con aceptación. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.264).

El ejercicio que se adopta en esta propuesta cumple la función primero de entrenamiento y luego de aplicación deliberada para propiciar experiencias de consciencia plena y reducir la ansiedad. De este modo, el ejercicio buscará, “Concentrar la atención en la respiración y tomar consciencia de las sensaciones”. (Nieto, Hernández y Rojas, 2017, p.59)

La consigna será,

Sentado, a cada inspiración por la nariz, doy un suave golpe con mi mano derecha en mi pierna derecha y a cada espiración, por la boca, doy un suave golpe con mi mano izquierda en mi pierna izquierda.

### **Técnicas cognitivas: Detección de pensamientos automáticos, Autor registro de pensamientos automáticos, Debate racional y reestructuración cognitiva**

Acerca de estas técnicas, ya se ha explicado en el apartado anterior que como recomendaciones de los autores y que, como técnicas basadas en evidencia, son recomendadas en la atención del Trastorno de Personalidad Evasiva.

A este respecto, Castillo Drago en el año 2017, expresa la conveniencia del modelo cognitivo conductual, estableciendo su





flexibilidad metodológica, de la siguiente manera:

...la conceptualización cognitiva se inicia en la sesión inicial y se va profundizando poco a poco en cada una de las sesiones siguientes... el terapeuta se plantea una hipótesis sobre el paciente y trata de entender cómo es que la persona desarrolló sus esquemas o creencias, qué mecanismos utiliza para afrontar el malestar y qué estrategias perpetúan dicho esquema. (p.11)

Por su parte, Beck, Freeman y Davis en el año 2005, refieren acerca del modelo de terapia cognitivo conductual:

Es una teoría de los Trastornos de la Personalidad en el contexto global de su origen, desarrollo y función de la personalidad. Esta exposición se centra inicialmente en cómo se forma los procesos de la personalidad y operan al servicio de la adaptación (p. 37, en Castillo Drago, 2017, p.11).

De este modo, ambas referencias se extienden de forma exhaustiva acerca de los detalles técnicos y metodológicos de la aplicación del modelo cognitivo conductual en este tipo de trastorno de la personalidad. El lector puede remitirse a los autores citados para hacer un estudio más pormenorizado de las características de cada técnica..

### **Desensibilización sistemática**

La Desensibilización Sistemática es una técnica que consiste en “inducir en el sujeto

una respuesta de relajación mientras se le exponía en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementaban gradualmente su intensidad. Al mantener al individuo el estado de relajación se impedía la producción de respuestas de ansiedad.” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012, p.2641)

El principio que opera en la Desensibilización Sistemática es descrito por Vallejo y Vallejo (2016), quienes refieren, “Al exponer al paciente al estímulo fóbico se obtiene la desaparición de la respuesta de ansiedad” (p.158).

“El objetivo es asociar la respuesta incompatible con la ansiedad al estímulo ansiógeno para que la presentación de este estímulo pase a desencadenar respuestas de relajación en vez de ansiedad” (Labrador y Crespo, 2008, en Vallejo y Vallejo, 2016, p.159). Este principio ha sido llamado contra condicionamiento, en el que el estímulo previamente condicionado a la respuesta de ansiedad o temor, ahora se condicionará a la respuesta de relajación.

Es por esto por lo que también, según Vallejo y Vallejo (2016),

La DS contribuye de mejor manera a la reducción de la ansiedad mediante: la relajación, la presentación gradual y el aprendizaje duradero de una respuesta alternativa bajo un contexto estimular variado que favorece la generalización (p.157)



## **Entrenamiento en habilidades sociales**

Las habilidades sociales se pueden definir, de acuerdo Kelly (1987), como “Aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento del ambiente... vías o rutas hacia los objetivos de un individuo.” (p.19)

Llama la atención como estas conductas se entienden como aprendidas y desde la posibilidad que tienen de obtener reforzamiento deseado por el individuo y que facilitan la adquisición de los objetivos del individuo. De esta manera, podríamos afirmar que se trata de conductas adaptativas orientadas a la supervivencia del individuo.

Para Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, (2014) la relación entre habilidades sociales y ansiedad social no es necesariamente lineal, afirmando que el déficit en las habilidades sociales se ha identificado como causal de la ansiedad social, también puede ocurrir la presencia de este tipo de ansiedad produzca una actuación pobre en situaciones sociales. (p.403).

También concluyen en su estudio que esta relación puede comportarse como un círculo vicioso en el que la falta de habilidades sociales aumenta la ansiedad social, y esta a su vez obstaculiza el despliegue de estas habilidades (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014, p.414)

Menciona además Kelly (1987), que las habilidades sociales pueden clasificarse como aquellas que buscan el desarrollo de relaciones, aquellas que buscan objetivos no interpersonales como conseguir un puesto de trabajo impresionando positivamente al reclutador, y las que impiden la pérdida del reforzamiento en momentos en los que la respuesta social a las habilidades sociales puede no ser reforzante y hasta contraria a la misma conducta, como cuando se plantea una queja o se ejerce oposición y se necesitan reforzadores internos para mantener las habilidades sociales (pp.19-21)

Por otra parte, Caballo (1993), identifica como conductas componentes de las habilidades sociales la mirada o contacto ocular durante las conversaciones y los silencios, la latencia de la respuesta, sonrisas, gestos, expresión facial, postura, proxémica, expresión corporal, automanipulaciones, asentir, orientación, movimientos y apariencia personal. También respecto a la voz, se contemplan elementos como tono, volumen, claridad, velocidad, timbre, inflexión, cantidad de palabras, muletillas, vacilaciones, pausas, fluidez, entre muchos otros más, como se pueden apreciar en la sección de anexos. (pp.20, 21)

## **Ensayos conductuales**

Estos ensayos, según Echeburúa y Corral (1999) se contemplan dentro de la teoría conductual y se categorizan como técnicas



de dramatización, como el *Role Play*. Como objetivos, esta técnica busca crear situaciones con una fuerte carga emocional, cambiar las creencias disfuncionales o esquemas nucleares asociados, superar inhibiciones o mejorar los niveles de asertividad, modelar conductas más, enseñar a visualizar otras perspectivas y facilitar el desarrollo de la empatía mediante su entrenamiento. (p.604).

Esta técnica se considera idónea para el trabajo en entrenamiento en habilidades sociales en primeras etapas, en el abordaje psicoterapéutico del Trastorno de Personalidad Evasiva, permitiendo la recreación de escenas ansiógenas para el paciente, pero sin exponerlo a consecuencias adversas reales de primera entrada. En la presente propuesta, se incorpora el ensayo conductual para el desarrollo de habilidades para la interacción social durante sesión.

### **Exposición encubierta y en vivo**

La exposición es una de las técnicas conductuales que más eficacia ha demostrado para superar las reacciones de ansiedad ante estímulos temidos, de acuerdo con la evidencia empírica que se ha encontrado. Esta técnica, según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), tiene variantes importantes que se refieren a continuación.

Actualmente es ampliamente conocido y reconocido que la exposición en vivo

produce mejores resultados que la exposición en imaginación o que la DS, siendo además un procedimiento más breve al no necesitar la intervención de una respuesta incompatible con la ansiedad (p.202)

A su vez, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), establecen que esta técnica ha demostrado diferencias en cuanto a la efectividad de las variantes, por lo que se especifica, como componente para la presente propuesta, una aplicación de las variantes simbólica y en vivo.

La exposición simbólica hace referencia a la toma de contacto con el estímulo o situación temida no de forma real sino a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (dibujos, fotografías, películas), estímulos físicos auditivos (grabaciones de sonidos) o mediante programas informáticos de generación de realidad virtual. (p.204)

También Bados y García (2011), agregan acerca de la indicación básica señalan que se trata de mantenerse ante el estímulo ansiógeno hasta que la ansiedad se reduzca.

### **Biblioterapia**

La biblioterapia es una técnica terapéutica típica de los modelos de autoayuda, que ha conseguido evidencia empírica acerca de su utilidad y para esta propuesta se incorpora como complemento a las



tareas entre sesiones. Como se asevera a continuación, de acuerdo con Castro y Altamirano (2018), la biblioterapia, puede considerarse una herramienta valiosa en el proceso de recuperación de un Trastorno de Personalidad Evasiva

Los teóricos y practicantes de la biblioterapia argumentan que leer puede aumentar el bienestar de las personas ... en especial cuando se hace de manera guiada y propositiva. (p.1)

Particularmente, según Castro y Altamirano (2018), la biblioterapia puede ser un componente de elección cuando la intensidad del padecimiento tiene una severidad de leve a moderada y cuando se combina con otros tratamientos psicológicos como la terapia cognitivo-conductual (p.1).

Dentro de esta propuesta, se incluirán dos temas de biblioterapia, que se describen a continuación.

1. Ejercicios para el ataque de la vergüenza como experimentos conductuales: “ejercicio «ataque de la vergüenza», un método emotivo, anima a los clientes con BAE (Baja autoestima) a hacer algo de manera deliberada que neuróticamente consideran vergonzoso y de este modo confrontan; experimentan, y desarticulan el criterio de auto-

evaluación” (Ellis y Grieger, 1990, p.178).

2. Habilidades sociales: Materiales bibliográficos que instruyen acerca del valor de las habilidades sociales para las relaciones interpersonales, los diferentes modos y espacios en los que se despliegan estas habilidades para el logro de consecuencias reforzantes positivas en esa esfera de la vida. Según Olivares, Maciá y Olivares (2017) esta es una técnica que permite “... iniciar y mantener conversaciones; ... expresarse ... a iniciar y mantener amistades; ...relacionarse con personas de distinto sexo y relevancia social” (p.61)

### **Tareas para casa, entre sesiones**

Dentro de los modelos de psicoterapia cognitivo-conductuales, las tareas para casa cumplen una función fundamental en la generalización de los cambios que logra el paciente en sesión, a su ambiente personal y con los acontecimientos cotidianos de su vida. A este respecto, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) refieren que “las tareas para casa son parte integral de la Terapia Cognitiva, pues a través de ellas se obtienen la mayoría de los datos que permiten analizar y debatir con el paciente sus supuestos básicos inadecuados y sus pensamientos automáticos” (p.398)



## POBLACIÓN META

De acuerdo con el DSM-5, el diagnóstico del Trastorno de Personalidad Evasiva comienza en las primeras etapas de la vida adulta (American Psychiatric Association, 2013, p.367).

La prevalencia del Trastorno de la Personalidad Evitativa es de alrededor de 2.4% (Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Se encontró un mayor porcentaje en los sujetos entre 28 y 32 años (7,6%), seguido del rango de 18 – 22 años (5,8%). (Botero et al., 2015, p.90).

Con base en esta información, se considera idóneo dirigir esta propuesta a pacientes adultos, primordialmente a aquellos en los primeros años de vida adulta que, aunque no parecen ser el grupo de mayor prevalencia, puede ser el conjunto que más se beneficie de una intervención temprana. Por esto se considera que es ideal que la población meta de esta intervención sea conformada por pacientes entre los 18 y 22 años, con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Evasiva.

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

### General

- Estructurar un abordaje psicoterapéutico conformado por técnicas

basadas en evidencia, que logre mejorías el cuadro sintomático de un paciente diagnosticado con Trastorno de Personalidad Evasiva, centrado en los aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales predisponentes de la ansiedad en contextos sociales, el aislamiento y la disfunción social y relacional resultante de su trastorno, que a su vez retroalimenta al trastorno sinérgicamente.

### Específicos

- Regular los aspectos fisiológicos del cuadro sintomático mediante técnicas que permitan un mejor control de la activación y una disminución de la ansiedad en general y más adelante, al enfrentar los estímulos ansiógenos.
- Modificar los aspectos cognitivos de la ansiedad, apuntando a cambiar las perspectivas que el paciente mantiene acerca de los estímulos ansiógenos que actúan como acontecimientos activantes o disparadores de ansiedad.
- Instrumentar al paciente con nuevas estrategias y conductas que le permitan cambiar su aproximación a los contextos sociales y relaciones interpersonales, a fin de reforzar la efectividad interpersonal del paciente y nuevas interpretaciones adaptativas acerca de su capacidad para las relaciones interpersonales y para



demostrar un funcionamiento efectivo en contextos sociales.

- Estimular el empoderamiento del paciente ante las circunstancias que ha evitado históricamente por causa de su ansiedad en contextos sociales y en las relaciones interpersonales, que han sido abordados en terapia, así como los nuevos que surjan en la cotidianidad de la vida del paciente.
- Propiciar la generalización de los logros alcanzados durante la intervención psicoterapéutica a los ambientes y relaciones cotidianos del paciente.

lapsos de 50 a 60 minutos. En este plan se incorporan 12 sesiones, cada una de la duración especificada. En el esquema presentado a continuación, se listan como *Temas* los contenidos centrales de cada sesión y como *Objetivos* los logros esperables del trabajo realizado por el terapeuta. Finalmente, en el rubro de *Técnicas* se listan los procedimientos específicos que debe realizar el psicoterapeuta en cada una de las sesiones.

## PLAN DE INTERVENCIÓN

En esta propuesta, se diseña un plan de intervención para el Trastorno de Personalidad Evasiva, que incorpora las técnicas terapéuticas previamente descritas, de manera secuencial y articulada, de modo que las intervenciones previas se complementen y entretengan con las posteriores, buscando lograr un efecto potenciador de los resultados. Se busca que todo el plan ayude a desarrollar un efecto sinérgico que ayude al logro de los objetivos terapéuticos identificados. Por este motivo, el esquema propuesto a continuación se considera una guía que debe seguirse en el orden establecido.

Cada *Sesión* se considera la unidad de avance del plan de intervención y se adecua al estándar de trabajo psicoterapéutico en



## ESQUEMA DE INTERVENCIÓN

Sesión	Temas	Objetivos	Técnicas
1	<p>Diagnóstico de Trastorno de Personalidad Evasiva.</p> <p>Características de la intervención centrada en control de la ansiedad, la desensibilización, el entrenamiento en habilidades sociales, exposición y la reestructuración cognitiva.</p>	<p>Brindar información acerca del diagnóstico de Trastorno de personalidad evasivo y del modelo de intervención y acuerdo con el paciente.</p>	<p>Encuadre psicoeducativo acerca de la naturaleza del diagnóstico y la intervención centrada en control de la ansiedad, la desensibilización, el entrenamiento en habilidades sociales, exposición y la reestructuración cognitiva. (55 minutos)</p>
2	<p>Estrés en la ansiedad evasiva y Relajación</p> <p>El papel de la consciencia en la ansiedad</p> <p>Valor de la práctica entre sesiones.</p>	<p>Disminuir de la ansiedad asociada a los encuentros sociales</p> <p>Lograr un manejo práctico de la técnica de relajación basada en consciencia plena, mediante la concentración en la respiración.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Entrenamiento en respiración diafragmática (25 minutos)</p> <p>Entrenamiento en relajación basado en consciencia plena. (25 minutos)</p> <p>Tarea: Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p>



<p><b>3</b></p>	<p>Pensamientos automáticos ansiógenos en las relaciones interpersonales y contextos sociales, detección y abordaje.</p>	<p>Aprender a identificar los pensamientos automáticos que se disparan en los momentos de ansiedad.</p> <p>Reforzar la utilización y el efecto de las técnicas de respiración y relajación.</p> <p>Demostrar y entrenar el uso de un registro de pensamientos de triple columna.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Entrenamiento en detección de pensamientos automáticos. (50 minutos)</p> <p>Tarea: registro de pensamientos automáticos en diario de triple columna. (5 minutos)</p>
<p><b>4</b></p>	<p>Ansiedad social, evitación y trastorno</p> <p>Desensibilización sistemática</p>	<p>Identificar pensamientos automáticos para su evaluación y disputa racional.</p> <p>Identificar si hay presencia de pensamientos automáticos y sus características cuando evitan situaciones sociales.</p> <p>Demostrar el funcionamiento e impacto de la técnica de desensibilización sistemática en el abordaje de la ansiedad.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Revisión de autorregistro con debate de pensamientos automáticos consignados en la triple columna. (10 minutos)</p> <p>Psicoeducación acerca de la ansiedad social, evitación y trastorno. (20 minutos)</p> <p>Presentación de la técnica de desensibilización sistemática. (15 minutos)</p> <p>Tarea: Continuar con autorregistro de pensamientos automáticos de la semana (5 minutos)</p>





5	<p>Situaciones temidas</p> <p>Desensibilización sistemática</p>	<p>Construir una jerarquía comprensiva de situaciones temidas, que el paciente identifique y evalúe como ansiógenas e incapacitantes en su funcionamiento global.</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Revisión de autorregistro con debate de pensamientos automáticos consignados en la triple columna y de ejercicios de práctica de desensibilización sistemática de los elementos abordados en sesión. (5 minutos)</p> <p>Construcción de una jerarquía de situaciones temidas, organizadas en función de la ansiedad que generan de menos a más, considerando ampliamente los diversos contextos y el impacto que tiene cada una de estas circunstancias en el bienestar y el funcionamiento del paciente. (40 minutos)</p> <p>Tarea: Continuar con autorregistro de pensamientos automáticos de la semana. (5 minutos)</p>
6	<p>Situaciones temidas</p>	<p>Iniciar el proceso de desensibilización sistemática de los elementos inferiores de la jerarquía</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Técnica de desensibilización sistemática: Elementos inferiores de la jerarquía. (45 minutos)</p> <p>Tarea: continuar práctica de desensibilización con elementos abordados en sesión. (5 minutos)</p>



<p>7 Situaciones temidas</p> <p>Habilidades sociales</p>	<p>Identificar pensamientos automáticos para su evaluación y disputa racional.</p> <p>Identificar presencia de pensamientos automáticos y sus características cuando evitan situaciones sociales.</p> <p>Avanzar paulatinamente sobre los elementos de la jerarquía, buscando disminuir paulatinamente la respuesta ansiógena a cada elemento.</p> <p>Aumentar la tolerancia a las emociones negativas.</p> <p>Propiciar la adquisición de conocimiento conceptual acerca de las habilidades sociales como herramientas para mejorar las interacciones con las demás personas y desarrollar un sentido de autoeficacia en la esfera relacional, brindando ejemplos de buena utilización de este tipo de habilidades y los efectos que tiene en el intercambio entre las personas.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Revisión de autorregistro con debate de pensamientos automáticos consignados en la triple columna y de ejercicios de práctica de desensibilización sistemática de los elementos abordados en sesión. (5 minutos)</p> <p>Continuar con desensibilización sistemática escalando a elementos medios de la jerarquía. (20 minutos)</p> <p>Introducción psicoeducativa del concepto de habilidades sociales. (20 minutos)</p> <p>Tarea: continuar autorregistro y práctica de desensibilización con elementos abordados en sesión y elementos no contemplados en la jerarquía, pero de baja intensidad ansiógena.</p> <p>Material de lectura acerca de habilidades sociales. (5 minutos)</p>
--	---	---



8	<p>Situaciones temidas</p> <p>Habilidades sociales</p>	<p>Identificar pensamientos automáticos para su evaluación y disputa racional.</p> <p>Identificar si hay presencia de pensamientos automáticos y sus características cuando evitan situaciones sociales.</p> <p>Avanzar paulatinamente sobre los elementos de la jerarquía, buscando disminuir paulatinamente la respuesta ansiógena a cada elemento.</p> <p>Aumentar la tolerancia a las emociones negativas. Conceptualizar el valor de las habilidades sociales como herramienta para evitar la ansiedad social y la evitación.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Revisión de autorregistro con debate de pensamientos automáticos consignados en la triple columna y de ejercicios de práctica de desensibilización sistemática (10 minutos)</p> <p>Continuar con desensibilización sistemática escalando a los elementos superiores de la jerarquía. (20 minutos)</p> <p>Discusión sobre lectura acerca de habilidades sociales (15 minutos)</p> <p>Tarea: Continuar autorregistro y práctica de desensibilización con elementos abordados en sesión y elementos no contemplados en la jerarquía, pero de baja intensidad ansiógena. (5 minutos)</p>
9	<p>Situaciones temidas</p> <p>Habilidades sociales</p> <p>Ensayo de habilidades sociales</p>	<p>Identificar pensamientos automáticos para su evaluación y disputa racional.</p> <p>Identificar si hay presencia de pensamientos automáticos y sus características cuando evitan situaciones sociales.</p> <p>Avanzar paulatinamente sobre los elementos de la jerarquía, buscando disminuir</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Revisión de autorregistro con debate de pensamientos automáticos consignados en la triple columna y de ejercicios de práctica de desensibilización sistemática. (10 minutos)</p>



		<p>paulatinamente la respuesta ansiógena a cada elemento.</p> <p>Aumentar la tolerancia a las emociones negativas.</p> <p>Definir la forma de traducir a conductas concretas el trabajo realizado acerca de la ansiedad y la evitación mediante ensayos de conductas asertivas y efectivas, que cumplan la función de entrenamiento para llegar a desplegar este tipo de respuesta comportamental en situaciones sociales reales.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Continuar con desensibilización sistemática escalando a los elementos superiores de la jerarquía. (20 minutos)</p> <p>Diseño de primeros ensayos conductuales de entrenamiento de habilidades sociales con base en los elementos de menor rango de la jerarquía utilizada en la desensibilización sistemática. (15 minutos)</p> <p>Tarea: Continuar autorregistro y práctica de desensibilización con elementos abordados en sesión y elementos no contemplados en la jerarquía, pero de baja intensidad ansiógena.</p> <p>Material de Lectura Habilidades sociales 2 (5 minutos)</p>
<b>10</b>	<p>Habilidades sociales</p> <p>Exposición, tolerancia y ansiedad</p>	<p>Identificar pensamientos automáticos para su evaluación y disputa racional.</p> <p>Identificar presencia de pensamientos automáticos y sus características cuando evitan situaciones sociales.</p> <p>Aumentar la tolerancia a las emociones negativas. Experimentar mediante ensayos, aquellas conductas concretas, que</p>	<p>Práctica de técnicas de respiración y relajación. (5 minutos)</p> <p>Finalizar desensibilización sistemática escalando por la jerarquía, comentando su impacto. (5 minutos)</p> <p>Práctica de ensayos conductuales en sesión con modelamiento de las respuestas adaptativas. (30 minutos)</p>



		<p>responden efectivamente a los elementos de la jerarquía utilizada en la desensibilización sistemática cumpliendo la función de entrenamiento para llegar a desplegar este tipo de respuesta comportamental en situaciones sociales reales.</p> <p>Propiciar el aprendizaje acerca de la herramienta de la exposición, primero encubierta y luego en vivo, a algunas de las situaciones temidas, para llegar a vivenciar las consecuencias internas y externas reales de la ansiedad y la evitación.</p> <p>Propiciar adherencia al proceso de tratamiento mediante actividades a desarrollar entre sesiones, que mantengan al paciente atento a su proceso de cambio.</p>	<p>Introducción del concepto y funcionamiento de la exposición simbólica y en vivo. (10 minutos)</p> <p>Tarea: Práctica encubierta de ensayos conductuales durante la semana. (5 minutos)</p>
11	<p>Habilidades sociales</p> <p>Exposición, tolerancia y ansiedad</p>	<p>Experimentar mediante ensayos, aquellas conductas concretas, que responden efectivamente a los elementos de la jerarquía utilizada en la desensibilización sistemática cumpliendo la función de entrenamiento para llegar a desplegar este tipo de respuesta comportamental en situaciones sociales reales.</p>	<p>Revisión de resultados de ensayos conductuales encubiertos durante la semana. (10 minutos)</p> <p>Práctica de ensayos conductuales en sesión con modelamiento de las respuestas adaptativas. (15 minutos)</p>



		<p>Demostrar el funcionamiento de la exposición tanto simbólica como en vivo en el desarrollo de tolerancia al malestar y en la reducción a la ansiedad.</p>	<p>Práctica de exposición simbólica y reestructuración cognitiva. (15 minutos)</p> <p>Preparación para el cierre de la intervención psicoterapéutica. (5 minutos)</p> <p>Tarea: Práctica de exposición encubierta y pequeñas exposiciones en vivo. (5 minutos)</p>
<p><b>Cierre</b></p>	<p>Repaso de los resultados de la práctica de exposición encubierta y pequeñas exposiciones en vivo.</p> <p>Psicoeducación en técnicas de ataque de la vergüenza.</p> <p>Repaso general del proceso y los logros del paciente.</p> <p>Tareas asignadas hasta la sesión de seguimiento 1 mes después del final de la terapia.</p> <p>Tareas para los lapsos entre seguimientos de 3 meses, 6 meses y un año.</p>	<p>Demostrar el impacto positivo de la técnica de exposición.</p> <p>Recapitular el trabajo y logros del paciente durante la intervención psicoterapéutica, reflejando el esfuerzo y las mejorías experimentadas en su capacidad social y relacional.</p> <p>Instar la continuación del trabajo en asertividad y en mejorar sus habilidades sociales.</p> <p>Estimular la continuación en el trabajo terapéutico durante el mes siguiente después del final de la intervención.</p> <p>Estimular la continuación en el trabajo terapéutico durante los lapsos fijados entre seguimientos.</p>	<p>Repaso de los resultados de la práctica de exposición simbólica y pequeñas exposiciones en vivo. (20 minutos)</p> <p>Biblioterapia en técnicas de ataque de la vergüenza. (10 minutos)</p> <p>Repaso general del proceso y los logros del paciente. (20 minutos)</p> <p>Creación de metas y expectativas para el mes posterior al final de la intervención</p> <p>Creación de metas y expectativas para los lapsos entre seguimientos posteriores al final de la intervención</p>



## CONCLUSIONES

Este proceso de intervención psicoterapéutica busca ayudar a un paciente con Trastorno de Personalidad Evasiva a conocer mejor su diagnóstico e identificar sus manifestaciones en su vida cotidiana, apuntando a que este conocimiento ayude a la reducción de su ansiedad. Se pretende además que el paciente aprenda a manejar sus niveles de activación y logre mediante ejercicios de respiración y relajación, controlar mejor sus síntomas ansiosos al enfrentar las situaciones que disparan sus reacciones de evitación. Las técnicas cognitivo-conductuales buscan ayudar al paciente a desarrollar nuevas y más adaptativas interpretaciones de los acontecimientos de su vida, en las esferas social y relacional, para predisponer mejores respuestas emocionales y conductuales ante la ansiedad, buscando que el paciente se instrumente en estrategias y conductas alternativas que le permitan adquirir control sobre sus respuestas ante los estímulos ansiógenos y aumentar su tolerancia al malestar, logrando un nuevo repertorio de respuestas adaptativas que le permitan el logro de consecuencias positivas que refuercen su eficacia social y relacional.

El Trastorno de Personalidad Evasiva es un diagnóstico caracterizado por ansiedad relativa a la vida social de los pacientes, que afecta su adaptación y funcionamiento relacional o social, dado que anticipa que

será rechazado, criticado, juzgado, humillado o desaprobado y que estos eventos producirán en él un alto nivel de vergüenza y mucho malestar, que le resultaría insoportable de ocurrir. La ansiedad que estas circunstancias pueden producirle se anticipa y evita activamente, llegando al aislamiento y la incapacidad de funcionar de manera autónoma y efectiva en esta esfera de su vida.

Esencialmente, las personas con Trastorno de Personalidad Evasiva pueden o no haber experimentado este tipo de actitudes de parte de los demás, pero llegan a convencerse de que obtendrán esos resultados si se exponen a contextos sociales y llegan a demostrar su percibida ineptitud social.

De acuerdo con la teoría que sustenta esta propuesta, en el Trastorno de Personalidad Evasiva existe un importante déficit de habilidades sociales y asertividad cuando no se entienden como el mismo fenómeno, que impide que las personas tengan buenos resultados en sus intercambios interpersonales, y la ansiedad que se produce en estos pacientes ante las circunstancias en las que se ven expuestos a circunstancias sociales, bloquea su capacidad de desplegar sus habilidades sociales.

Es importante anotar que el Trastorno de Personalidad Evasiva y el trastorno de ansiedad social generalizada, parecen ser diagnósticos muy similares y que pueden



llegar a considerarse estadios en la evolución de un mismo trastorno. En todo caso, el abordaje de ambos trastornos ha demostrado ser también muy similar.

También se debe mencionar que el Trastorno de Personalidad Evasiva puede tener comorbilidades importantes con otros trastornos y que, como trastorno de naturaleza ansiosa, puede confundirse con varias entidades diagnósticas y esto puede retrasar su abordaje, distraer los esfuerzos terapéuticos sobre sus comorbilidades y las mejorías de los síndromes asociados no pueden garantizar cambios en la personalidad subyacente. En específico, el Trastorno de Personalidad Evasiva puede presentarse en conjunto con trastornos del estado de ánimo como la depresión, como síndromes ansiosos clínicos como la ansiedad generalizada, la fobia social, las crisis de pánico, entre otras. Es importante ante esta realidad, hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo para identificar un trastorno de este tipo oportunamente, orientándose a su pronto tratamiento y recuperación.

Por habilidades sociales, en este texto se describen todas aquellas conductas aprendidas que las personas utilizan para obtener refuerzos positivos en situaciones sociales o en sus relaciones interpersonales, y que comprenden aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y situacionales en los que las personas pueden aprender

a ser muy hábiles y a obtener y mantener las consecuencias deseadas en dichos intercambios.

El abordaje psicoterapéutico del Trastorno de Personalidad Evasiva requiere de un modelo multicomponente que incluya intervenciones que operen sobre las condiciones fisiológicas de la ansiedad, sobre los pensamientos, emociones y conductas asociadas a la ansiedad social y a la evitación de las relaciones interpersonales y las circunstancias sociales en las que los pacientes anticipen que experimentarán estímulos ansiógenos. Además, es necesario instrumentar a los pacientes en habilidades para obtener resultados distintos a los temidos en situaciones sociales, primordialmente mediante una combinación de estrategias que les ayude a disminuir la activación, controlar la ansiedad, aumentar la tolerancia al malestar, estudiar su propio comportamiento y buscar alternativas conductuales asertivas para obtener resultados positivos en sus intercambios sociales.

También es importante recalcar que el abordaje psicoterapéutico de los trastornos de personalidad ha sido tradicionalmente conceptualizado como difícil, complejo y prolongado, pero las técnicas y estrategias terapéuticas basadas en evidencia han demostrado que la mejoría de estos pacientes es posible. Es mediante programas de psicoterapia bien estructurados, en





los que se hace un esfuerzo contundente para desarrollar y mantener la relación terapéutica, desplegando una intervención de relativa larga duración que sea altamente coherente para paciente y terapeuta, quien lo gestiona desde una aproximación activa, los trastornos de personalidad pueden responder positivamente a la psicoterapia.

En comparación con otros modelos, esta propuesta tiene su fortaleza en el abordaje de los distintos aspectos que la teoría existente atribuye al Trastorno de Personalidad Evasiva y no solo sobre alguna de sus características, como ocurre con algunas intervenciones basadas en enfoques puros más puntuales. Este abordaje amplio, multicomponente adquiere mayor efectividad en su estructuración, pensada para potenciar sinérgicamente los resultados planteados mediante un entramado de objetivos y técnicas que se complementan entre sí en una secuencia lógica.

### Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association, (2013) *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing .
2. Alden, L., Lapsa, J., Taylor, C., y Ryder, A. (2002). Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of personality disorders*, 16(1), 1-29.
3. Bateman, A., y Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 138-143.
4. Bateman, A., Gunderson, J., y Mulder, R. (2016). Tratamiento del trastorno de la personalidad. *RET: revista de toxicomanías*, (78), 3-13.
5. Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI. Madrid –
6. Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. Siglo XXI. Madrid
7. Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad descripción evaluación y tratamiento*. Siglo XXI. Madrid
8. Caballo, V., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P., y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/*



- Psicología Conductual*, 22(3), 401-423.
9. Castillo, H. (2017). *Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en un paciente con trastorno de personalidad por evitación* (Master's thesis, Universidad del Norte).
  10. Castro, A, y Altamirano, N. (2018). ¿Leer para estar bien?: prácticas actuales y perspectivas sobre la biblioterapia como estrategia educativo-terapéutica. *Investigación bibliotecológica*, 32(74), 171-192. <https://dx.doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2018.74.57918>
  11. Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosen-kranz, M., Muller, D. y Santorelli, S. (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65,564-570.
  12. Echeburúa, E., y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102), 585-614.
  13. Ellis, A., Grieger, R., (1990) *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volumen 2*. Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
  14. Fernández, M., García, M., y Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
  15. García-Grau, E., Fusté, A., Bados, A. (2008) *Manual de Entrenamiento en Respiración*. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/3941> en 05/04/2018.
  16. Kelly, J., (1987) *Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones*. Desclée de Brouwer, 2000.
  17. Lampe, L., y Malhi, G. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology research and behavior management*, 11, 55.
  18. Nieto, J., Hernández, I., Rojas, J. (2017) *Manual de ejercicios para atender al presente*. Recuperado de <https://www.laatencionalpresente.com/wp-content/uploads/2015/06/MANUAL-DE-EJERCICIOS-2017.pdf>
  19. Olivares, P., Maciá, D., Chittó Gauer, G., Olivares, J. y Amorós, M. (2014). Trastorno de personalidad por evitación o fobia social generalizada? Un estudio piloto con población adolescente española. *Liberabit. Revista de Psicología*, 20 (2), 219-228.



20. Olivares, P., Maciá, D., y Olivares, J. (2017). Terapia para la Eficacia Social y Tratamiento de Adultos-Jóvenes Españoles con Fobia Social Generalizada. *terapia psicológica*, 30(3), 057-067.
21. Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., Amigo, I., (2010) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Editorial Pirámide. Madrid
22. Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A., (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brower. Bilbao, España.
23. Sinailin, C., y Jazmín, D. (2018). *Programa de psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad cognitiva, relacional y comportamental con esclerosis múltiple; en la Fundación de Esclerosis de Quito*(Bachelor's thesis, PUCE).
24. Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99.
25. Vallejo, L. y Vallejo, A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>