



## Facultad de Psicología

Trabajo de fin de grado

**Modalidad 1:**  
“Trabajos de revisión bibliográfica”

# **Trastorno de Personalidad por Evitación**

**Aproximaciones al  
tratamiento psicológico**

Autora del TFG

Irene Almeida Ferreiro

**Grado en Psicología**  
Año 2016

# Índice

<b>Índice</b> .....	<b>2</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>5</b>
1.1. Personalidad normal y personalidad desadaptada.....	5
1.2. Trastorno de Personalidad por Evitación.....	7
1.3. Objetivos y justificación.....	15
<b>2. Metodología</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Resultados</b> .....	<b>22</b>
3.1. Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social.....	22
3.2. Autoestima y Trastorno Evitativo de la Personalidad.....	29
3.3. Eficacia de los tratamientos en el Trastorno Evitativo de la Personalidad.....	31
<b>4. Discusión</b> .....	<b>39</b>
4.1. Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social.....	39
4.2. Autoestima y Trastorno Evitativo de la Personalidad.....	41
4.3. Eficacia de los tratamientos en el Trastorno Evitativo de la Personalidad.....	41
<b>5. Conclusiones</b> .....	<b>44</b>
5.1. Limitaciones.....	44
5.2. Líneas de investigación futuras.....	45
<b>6. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>47</b>
<b>Índice de figuras</b> .....	<b>52</b>
<b>Índice de tablas</b> .....	<b>53</b>

# Resumen

El presente trabajo es una revisión bibliográfica centrada en el tratamiento psicológico del Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), uno de los trastornos de personalidad que mayor sufrimiento emocional provoca en las personas que lo padecen. El principal objetivo de esta investigación, es el de demostrar que existen tratamientos que pueden mejorar significativamente la vida de los individuos con TPE y concretamente, estudiar los tratamientos más eficaces y que a su vez sean descriptibles y replicables. Además del tipo de enfoque más eficaz (nivel molar), se analizarán las técnicas que resulten ser más beneficiosas para tratar el trastorno (nivel molecular). A la luz de los resultados, se concluye que 1. El debate acerca de si Fobia Social (FS) y TPE son el mismo trastorno o por el contrario son trastornos diferentes, continúa latente, 2. Los individuos con TPE se benefician de manera significativa del tratamiento psicológico, 3. Las personalidades evitativas constituyen uno de los trastornos de personalidad donde la autoestima se encuentra más dañada, 4. Existe una superioridad significativa de la *Terapia cognitivo-conductual* frente a otras terapias para el tratamiento de este trastorno de personalidad, 5. A nivel molecular, las técnicas más eficaces para tratar el TPE son aquellas centradas en la exposición gradual y en trabajar las relaciones íntimas para crear fuertes vínculos interpersonales. Los resultados muestran cierto optimismo respecto a las posibilidades de tratamiento psicológico, así como la necesidad de seguir investigando en este campo.

**Palabras clave:** *Trastorno de Personalidad por Evitación, Fobia Social, tratamiento, revisión sistemática.*

# Abstract

This paper is a literature review focused on the psychological treatment of Avoidant Personality Disorder (APD), one of the personality disorders that causes increased emotional suffering in affected individuals. The main objective of this research is to demonstrate that there are treatments that can significantly improve the lives of individuals with APD and specifically, to study the most effective treatments and which in turn are describable and replicable. Besides the type of more effective approach (molar level), techniques that are more beneficial to treat the disorder (molecular level), will be analyzed too. In light of the results, it is concluded that: 1. The debate on whether Social Phobia (SP) and TPE are the same disorder or otherwise are different disorders continues to fester, 2. Individuals with APD benefit significantly from psychological treatment, 3. Avoidant Personality Disorders are one of the personalities where self-esteem is damaged to a greater extent, 4. There is a significant superiority of Cognitive-behavioral therapy against other therapies for the treatment of this personality disorder, 5. At the molecular level, the most effective techniques to treat TPE are those focused on gradual exposure and intimate relationships work to build strong interpersonal relationships. The results show some optimism about the possibilities of psychological treatment, as well as the need for further research in this field.

**Key words:** *Avoidant Personality Disorder, Social Phobia, treatment, systematic review.*

# 1. Introducción

## 1.1. Personalidad normal y personalidad desadaptada

Antes de entrar en profundidad en el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE) me parece relevante aclarar algunos conceptos, como la definición de personalidad, qué se entiende por personalidad normal y por personalidad desadaptada y dónde se encuentran los límites entre la normalidad y lo patológico.

En primer lugar, es preciso familiarizarse con el término “personalidad”. Este concepto (tan ampliamente utilizado y a la vez complejo de definir) proviene del griego “*prosopon*” cuyo significado es “máscara”. Alude a las máscaras del teatro griego que utilizaban los actores en las tragedias y hace referencia a la manera en que los otros perciben al individuo, es decir, a la imagen que uno genera en los demás. Según Millon y Everly (Millon y Everly, 1994, p.42), la personalidad es “*un patrón profundamente incorporado que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos períodos de tiempo*”. Otros autores, como Gordon Allport, se refieren al concepto de personalidad como “*la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos*” (Allport, 1980, p.47).

Una vez familiarizados con el concepto de “personalidad”, es interesante diferenciar la personalidad normal de la patológica. Existen varios criterios para diferenciar la conducta normal y anormal, algunos son cuantitativos y otros cualitativos. Si ya es difícil establecer qué es normal y qué anormal, en salud mental, cuando hablamos de trastornos de personalidad, es mucho más complicado, pues son de los trastornos más dependientes de cultura que existen en el DSM. En relación a lo anterior, se ha aceptado el concepto de *continuidad sindrómica*, que entiende la normalidad y la anormalidad como diferentes puntos dentro de un mismo continuum y no como categorías independientes cualitativamente diferentes. De acuerdo con esta perspectiva dimensional, los trastornos de personalidad pueden ser considerados como representaciones de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas de rasgos normales y saludables. Por tanto, se puede decir que un individuo posee una personalidad normal y saludable cuando se relaciona con su entorno de manera flexible y adaptativa y sus patrones de conducta predominantes se pueden

considerar promotores de la salud. Por el contrario, la personalidad anormal se manifiesta cuando la persona afronta las responsabilidades de la vida y se relaciona con los demás de manera rígida e inflexible y realiza conductas desadaptativas que conllevan efectos perniciosos para la salud.

De la personalidad anormal, surgen los distintos tipos de trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que se manifiestan al final de la adolescencia y principios de la edad adulta y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. La principal diferencia, entre estos trastornos y los del eje I, es que los trastornos de personalidad a menudo son **egosintónicos**, es decir, las personas que los padecen suelen estar cómodos con sus síntomas ya que los perciben como rasgos propios. Sin embargo, generalmente demandan ayuda psicológica debido a los problemas que les generan las interacciones con otras personas, pero no por el malestar que les provoca directamente su trastorno.

En relación a la clasificación nosológica de estos trastornos, el DSM-5, los aglutina en tres grupos:

1. Trastornos de la personalidad del grupo A, también conocido como el grupo extraño o excéntrico.
2. Trastornos de personalidad del grupo B, o personalidades volubles, impulsivas y teatrales.
3. Trastornos de personalidad del grupo C, al que pertenecen personalidades ansiosas y temerosas.

Cabe señalar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docentes, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente (American Psychiatric Association, 2013). Por otra parte, es difícil encontrar, en el ámbito clínico, a personas con trastornos de personalidad “puros” ya que en su mayoría, la población clínica presenta características de diferentes grupos. En relación a lo anteriormente señalado y como afirman Rubio y Pérez (2003), el ámbito de los trastornos de personalidad continúa siendo polémico, pues en muchos casos, estos constituyen un cajón de sastre en donde caben todo tipo de enfermos mentales no clasificables, con dificultades más o menos graves en sus relaciones sociales y que no responden al tratamiento.

## 1.2. Trastorno de personalidad por evitación

La presente revisión, se centra en el Trastorno de Personalidad por Evitación (TPE), también conocido como Trastorno Ansioso con conductas de evitación, en el CIE-10. A continuación se expondrán sus principales características en lo referente a la clínica, el diagnóstico, la epidemiología, la etiología y el tratamiento.

En primer lugar, la literatura clínica está llena de descripciones que corresponden con este patrón de personalidad evitativa. Podría remontarme a las diversas formulaciones clásicas del trastorno (como el tipo hiperestésico que describe Kretschmer o el tipo sensitivo descrito por Schneider), sin embargo, fue Theodor Millon quien acuñó la etiqueta, propiamente dicha del TPE en 1969. Sus trabajos resultan especialmente relevantes a la hora de analizar este trastorno.

Según el DSM-5, el Trastorno de Personalidad por Evitación, pertenece al clúster C o grupo de los ansiosos y temerosos. En general, el TPE se caracteriza por un patrón de inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales. Estas personas presentan una baja autoestima y una intensa preocupación por sí mismas. Además, viven en una eterna contradicción que les genera un gran sufrimiento emocional, pues se desviven por amor y por tener relaciones sociales, sin embargo el malestar y el miedo a la crítica y a la evaluación negativa, les impide relacionarse con normalidad, por lo que su vida se reduce a un restringido espacio social, rodeado de muros mentales, que ellos mismos construyen. (Rubio & Pérez, 2003)

### **Aspectos conductuales, cognitivos y emocionales**

Desde el punto de vista conductual, las personas con TPE, presentan, como su propio nombre indica, una evitación patológica de las situaciones sociales por miedo a la evaluación negativa de los demás. Esta evitación excesiva deriva muchas veces en un gran aislamiento social. Cuando, en contra de su voluntad, tienen que enfrentarse a situaciones sociales, se encuentran en alerta constante, con un elevado nerviosismo. Según Caballo (2004), cuando los individuos con TPE hablan con otras personas, su discurso es lento y escaso, sin implicarse emocionalmente y adoptando formas correctas y educadas en el trato con los demás.

Su estilo cognitivo se caracteriza por pensamientos divagatorios frecuentes, que dificultan sus relaciones. Tienen un concepto de sí mismos muy negativo, pues se sienten

torpes a nivel social, carentes de interés e inferiores a los demás. Su autoestima está muy afectada por las devaluadas cogniciones que realizan de sí mismos. Sin embargo, a pesar de todas las dificultades que conlleva esta personalidad, los individuos evitativos suelen desarrollar su talento a nivel artístico debido a que centran la mayor parte de la atención en su mundo interno y suelen tener una gran capacidad para la imaginación y la fantasía.

A nivel emocional, son muy sensibles hacia aspectos negativos como las críticas e insultos y muestran una gran vulnerabilidad al dolor físico y psicológico. Además, viven muy angustiados ante la disonancia cognitiva que les generan sus deseos de apego en contradicción con el temor a relacionarse. Esta tensión emocional, unida al nerviosismo constante en situaciones sociales y a la necesidad de comportarse de manera adecuada, puede desembocar en repentinas explosiones de ira.

### **Diagnóstico**

En la siguiente tabla, extraída de Rubio y Pérez (2003), se comparan los criterios para el diagnóstico de TPE del DSM-5, con los establecidos por el CIE-10.

Las dos entidades nosológicas ofrecen criterios bastante similares. Sin embargo, los criterios del DSM-5 son algo más completos y señalan un aspecto relacionado con el estado de ánimo: cómo ven el futuro las personas con este trastorno.



**Tabla 1.** Criterios del DSM-5 y del CIE-10.

	<b>DSM-5*</b>	<b>CIE-10*</b>
<b>Caracterización general</b>	Patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos	Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y aprensión/temor  Característica asociada: hipersensibilidad al rechazo y a las críticas
<b>Marco interpersonal I</b>	Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo	Evitación de actividades sociales u ocupacionales donde haya un contacto interpersonal significativo
<b>Marco Interpersonal II</b>	Inhibición en situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad	Restricción del estilo de vida a causa de la necesidad de certeza y seguridad
<b>Marco interpersonal III</b>	Reacio a implicarse con otras personas si no está seguro de que va a agradar	Resistencia a que se establezcan relaciones personales, a no ser que se reciban fuertes garantías de una aceptación sin críticas
<b>Marco interpersonal IV</b>	Represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado	
<b>Autoimagen I</b>	Preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales	Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en situaciones sociales
<b>Autoimagen II</b>	Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás	Creencia de que es socialmente inepto, poco atractivo hacia otras personas e inferior a los demás
<b>Visión de futuro</b>	Extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras	

\* Para darse un diagnóstico de TPE por el DSM-5 el sujeto reunirá la caracterización general y cuatro (o más) de los siete criterios tabulados en dicha columna.

\*\* Para darse un diagnóstico de TP ansioso (o evitativo) por el CIE-10 el sujeto reunirá tres (o más) de los seis criterios tabulados en dicha columna, excluyéndose la característica asociada, la cual pudieran presentar.

## Propuesta alternativa del DSM-5 para los Trastornos de Personalidad (TTPP)

Es relevante señalar que el DSM-5, además de la clasificación mostrada en la **Tabla 1**, (caracterizada por seguir un enfoque categorial y por no haber variado, apenas con respecto al DSM-IV-TR), ofrece una propuesta alternativa para clasificar los TTPP. Dicha alternativa pretende seguir un enfoque dimensional, es decir, en vez de considerar los TTPP como síndromes cualitativamente distintos, esta perspectiva dimensional, considera los trastornos de personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad normal. A continuación se presentarán las características esenciales de esta nueva clasificación, primero de manera general y después específicamente sobre el TPE:

En general, la propuesta alternativa del DSM-5, hace hincapié en *las dificultades del funcionamiento de la personalidad* y en *los rasgos de personalidad patológicos*.

Por un lado, las dificultades del funcionamiento de la personalidad se refieren, de manera general a los siguientes aspectos: la identidad, centrada principalmente en la autoestima del individuo; la autodirección, referida a los objetivos y metas de la persona; la empatía hacia los demás y la intimidad, centrada en describir cómo interactúa la persona en sus relaciones íntimas. Concretamente, el TPE, se caracteriza por una identidad muy devaluada fruto de una autoestima bajísima; con respecto a la autodirección, los individuos con TPE, renuncian a perseguir sus objetivos o a la asunción de nuevos riesgos; en lo relativo a la empatía, las personalidades evitativas, muestran una sensibilidad a la crítica o al rechazo, asociada a la inferencia negativa distorsionada de las interpretaciones de los demás y por último, en cuanto a la intimidad, se produce una reticencia a involucrarse con las personas, salvo que se esté seguro de ser aceptado, así como una baja reciprocidad en las relaciones íntimas por el temor de ser avergonzado o ridiculizado

Por otro lado, en cuanto a rasgos patológicos, en esta propuesta alternativa se muestran cinco grandes variaciones en los dominios de los rasgos de la personalidad: la afectividad negativa (frente a estabilidad emocional), el desapego (frente a la extraversión), el antagonismo (frente a la amabilidad), la desinhibición (frente a la escrupulosidad) y el psicoticismo (frente a la lucidez). (American Psychiatric Association, 2013). Concretamente, es característico del TPE, el rasgo de ansiedad, que es un aspecto de la afectividad negativa. Esta ansiedad, se dispara sobre todo ante situaciones sociales. También son característicos otros rasgos relacionados con aspectos de desapego como el distanciamiento, la anhedonia y la evitación de la intimidad.

Por el momento, la aproximación dimensional, es una propuesta tentativa que probablemente recibirá más atención en el futuro y sobre la que habrá que seguir investigando para observar si convence a profesionales e investigadores y llega a instalarse definitivamente en la práctica clínica.

### **Diagnóstico diferencial**

Es preciso diferenciar el TPE de otros trastornos como la Fobia Social Generalizada (FSG) o el Trastorno de Pánico con Agorafobia, así como diferenciarlo de otros trastornos de la personalidad, tales como la personalidad dependiente, esquizoide y paranoide.

En primer lugar, existe un importante debate sobre si la Fobia Social Generalizada y el TPE deben considerarse entidades clínicas independientes o por el contrario se trata del mismo trastorno. La controversia surge por varias razones, como la elevada comorbilidad existente entre ambos trastornos, la sintomatología tan similar y porque ambos se benefician del mismo tratamiento. Las diferencias entre ambos, parecen basarse en que el TPE comienza a una edad más temprana y produce un mayor deterioro en la vida del individuo. A pesar de estas diferencias, algunos autores, como Caballo (2004), proponen la *Hipótesis del continuo de gravedad*, según la cual, tanto TPE como Fobia Social serían dos conceptualizaciones del mismo trastorno, encontrándose la FS en el extremo más leve del continuum y el TPE, en el extremo más grave e incapacitante.

En segundo lugar, el Trastorno de Pánico con Agorafobia y el TPE tienen en común la conducta evitativa. Sin embargo, la evitación en la agorafobia comienza tras el inicio de los ataques de pánico y varía con mayor frecuencia e intensidad, mientras que el TPE se caracteriza por un patrón permanente e inflexible de evitación que comienza en las primeras etapas de la edad adulta.

Con respecto a otros trastornos de la personalidad, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD), pues ambos trastornos se pueden presentar al mismo tiempo y tienen en común la hipersensibilidad a la crítica. Sin embargo, difieren en la manera de reaccionar ante la misma, pues mientras el dependiente responde con sumisión ante la crítica, el evitativo se distancia de los individuos que expresan esas evaluaciones negativas.

En relación al Trastorno de Personalidad Esquizoide, hay que señalar que ambos trastornos comparten la característica del aislamiento social, sin embargo, los evitativos muestran un interés muy grande en relacionarse, pero se aíslan por el miedo a la crítica,

mientras que el esquizoide se aísla porque las cuestiones sociales le resultan indiferentes y en ningún momento presenta los sentimientos de soledad propios del evitativo.

Finalmente, el Trastorno de Personalidad Paranoide, comparte con el TPE características como las sospechas hacia los demás y temor hacia el ambiente. La diferencia estriba en que el individuo evitativo permanece en estado de alerta debido a la devaluación personal y a la baja autoestima que presenta. Por el contrario, la personalidad paranoide, desea mantener su autonomía por una expectativa de decepción y de malicia que tiene hacia los demás.

## **Epidemiología**

Los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos de personalidad varían en función de diversos factores. Dos de los más importantes son: el país donde se lleva a cabo el estudio y el tipo de muestra analizada, es decir, si la muestra es representativa de la población general o de la población clínica.

Atendiendo a los dos factores mencionados anteriormente y debido a la inexistencia de datos epidemiológicos del TPE en población española, se presentará, a continuación, la prevalencia del TPE en población estadounidense, tanto general como clínica y en población anglosajona:

De acuerdo con el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), los datos indican una prevalencia del Trastorno de Personalidad por Evitación alrededor de un 2,4% en la población general estadounidense. Por lo que la cifra habría aumentado considerablemente con respecto a la edición anterior (DSM-IV-TR) que muestra una prevalencia del 0,5% al 1% de la población general y una cifra del 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Con respecto a la población anglosajona, un estudio llevado a cabo por Coid et al (2006), muestra una prevalencia aproximada del TPE entre el 0,4 y el 1,7% en población general.

Cabe señalar que en algunas culturas, especialmente de origen anglosajón, la distancia social es un indicativo de buena educación, por lo que el patrón evitativo, en estas situaciones, se podría considerar más como una conducta adaptativa que como un trastorno de personalidad. Como se ha comentado anteriormente, el contexto cultural es muy importante a la hora de diagnosticar una patología mental y sobre todo a la hora de identificar trastornos de personalidad, donde los límites entre la personalidad normal y patológica varían mucho en función de la cultura.

## **Etiología**

La etiología del TPE no está clara, sin embargo, según Hudson y Rapee (2000), los factores que predisponen a padecer dicho trastorno se pueden agrupar principalmente en factores genéticos, familiares y otros factores ambientales.

- Factores genéticos: la evidencia informa de que existe una predisposición genética hacia la ansiedad en situaciones sociales. Sin embargo, no existen pruebas claras de que exista una predisposición para padecer trastornos específicos de ansiedad o TPE. En relación a los estudios realizados sobre temperamento en este área, resulta relevante la inhibición conductual, que podría ser un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de problemas de interacción social.
- Factores familiares: las investigaciones realizadas en este campo informan de que en la génesis del trastorno, influyen mucho los estilos de crianza infantil caracterizados por la sobreprotección parental, así como el modelado, pues si los progenitores presentan problemas de inhibición o evitación social, pueden enseñar a sus hijos que las situaciones sociales son dañinas o peligrosas.
- Otros factores ambientales de carácter extra familiar: estos factores están relacionados con la historia de vida del sujeto. En la mayoría de los casos de fobia social o personalidad evitativa, los individuos han sufrido algún evento, que consideran traumático, relacionado con experiencias sociales tales como provocar la risa burlona de los demás o equivocaciones en público, así como ser rechazados por los iguales, sobre todo durante la adolescencia, la cual es una etapa muy vulnerable donde la principal preocupación de los jóvenes es ser aceptado por su grupo de iguales.

## **Tratamiento**

El tratamiento del TPE es el eje central sobre el que gira la presente revisión. Sin embargo, no se podría abordar sin tener clara la clínica, el diagnóstico y otras características propias de este trastorno de la personalidad.

Como se ha mencionado anteriormente, la intervención llevada a cabo con estos pacientes es muy similar a la empleada en la fobia social, debido a la elevada tasa de comorbilidad entre ambos trastornos y debido a que presentan prácticamente los mismos síntomas.

En relación a la intervención terapéutica, en cuanto a rasgos generales, resulta muy interesante la propuesta de Millon y Davis (1998), donde se expone que la meta de dicha intervención, debe ser la de restablecer el equilibrio entre las polaridades placer-dolor y actividad-pasividad, potenciando que los pacientes se centren en llevar a cabo actividades agradables y disminuyan la evitación patológica de los estímulos potencialmente dolorosos.

De acuerdo al tipo de enfoque utilizado, los investigadores coinciden en señalar que el tratamiento cognitivo-conductual es el más eficaz, aunque la terapia interpersonal, parece ser también efectiva. De hecho, en Caballo (2004), se describe un tratamiento para el TPE desde la perspectiva cognitivo-interpersonal. Dentro de este enfoque, algunas de las técnicas más empleadas son: *Entrenamiento en relajación* con o sin desensibilización sistemática, *Entrenamiento en habilidades sociales*, *Reestructuración cognitiva* destinada a eliminar las distorsiones cognitivas y los pensamientos autodevaluadores y *Técnicas de exposición*. Cabe señalar que muchos de los pacientes con TPE, presentan también depresión por lo que se benefician en gran medida de la *Activación conductual*. Con respecto al *Entrenamiento en habilidades sociales*, el formato de terapia grupal, es especialmente útil para este tipo de pacientes.

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

Con respecto a la relación terapéutica, es muy importante que el profesional se esfuerce por generar un ambiente agradable y de confianza, pues el principal problema de estos pacientes se encuentra en las relaciones interpersonales y si no se crea un ambiente agradable desde el principio, donde el paciente evitativo se sienta a gusto, será muy difícil que la terapia sea exitosa. Además, es preciso tener especial cuidado con las confrontaciones y el tono empleado en las sesiones, ya que estos pacientes son hipersensibles a la crítica. Asimismo, se debe responder de manera respetuosa al uso defensivo de la evitación por parte del paciente.

Finalmente, puesto que los pacientes presentan un mayor grado de sufrimiento emocional y una autoestima mucho más deteriorada que en otros trastornos de personalidad y

debido a que la evidencia apoya el hecho de que las personas con este trastorno se benefician del tratamiento psicológico, es preciso investigar sobre este tema, para poder desarrollar nuevos métodos terapéuticos eficaces y replicables con el objetivo de abordar esta problemática y ayudar a paliar el intenso malestar emocional característico de la personalidad evitativa.

### 1.3. Objetivos y justificación

La presente revisión se centra en el tratamiento psicológico del Trastorno de Personalidad por evitación. Las razones por las que me he decantado por este tipo de trastorno y en particular, por el tratamiento del mismo, son las siguientes:

En primer lugar, el TPE es uno de los trastornos de personalidad que más sufrimiento provoca en las personas que lo padecen (Caballo, 2004). Sin embargo, la investigación se centra en otros trastornos de personalidad como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), que tienen una clínica más llamativa o que afectan mucho al entorno del paciente. Por tanto, me parece relevante realizar esta revisión sobre un trastorno de personalidad que está siendo relegado a un segundo plano, pero que merece especial atención por ser uno de los trastornos de personalidad que más sufrimiento emocional provoca en los pacientes.

En segundo lugar, he querido centrarme en el tratamiento psicológico de este trastorno con el fin de aunar teoría y práctica, es decir, para intentar, desde mis limitadísimas posibilidades, contribuir a eliminar la dicotomía investigación-acción y trabajar desde una forma teórica en algo que pueda ser aplicable y útil en la práctica. Además, es muy importante centrarse en el tratamiento de este trastorno, porque como he comentado, es uno de los trastornos de personalidad donde más se resiente la autoestima del paciente y se vive en una continua contradicción entre los deseos de relacionarse y el temor a ser rechazado que genera una angustiada tensión emocional. Por tanto, la mejor manera de mitigar este sufrimiento es investigar para encontrar terapias y técnicas terapéuticas cada vez más eficaces y evitar caer en el reduccionismo de que los trastornos de personalidad, al ser patrones permanentes de conducta, no tienen cura.

En resumen, el objetivo de la revisión, es demostrar, apoyándome en la literatura científica y basándome en las investigaciones de mayor calidad metodológica (estudios aleatorizados) que existen tratamientos eficaces y replicables para el Trastorno de

Personalidad por Evitación y que se puede mejorar significativamente la vida de estos pacientes dotándoles de estrategias que les permitan enfrentarse a la vida de una manera más adaptativa.



## 2. Metodología

En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda inicial en distintas bases de datos. Por presentar artículos de mayor calidad sobre el objetivo de la revisión, se seleccionan las bases de datos psycINFO y Pubmed.

Por una parte, los términos empleados en la búsqueda llevada a cabo en psycINFO son:

1. Avoidant personality disorder\* (Título de documento-TI)
2. AND (treatment\* OR therap\* OR intervention\*) (Resumen-AB)

En lo referente a los criterios de exclusión, se ha decidido que sean los siguientes: aquellos artículos que **no** estén en inglés o español, así como los estudios de casos y los que se ciñan exclusivamente a un tratamiento farmacológico. Además, la búsqueda queda restringida, solamente, a aquellas publicaciones evaluadas por expertos. Cabe señalar que la razón por la que se han descartado los estudios de casos, es porque se pretende investigar sobre terapias eficaces y replicables a la hora de tratar el TPE y los estudios de casos, aunque interesantes, son difícilmente replicables.

Una vez seleccionados los criterios de búsqueda y los de exclusión, aparecen 64 resultados, lo cual es una evidencia que demuestra la poca literatura científica existente sobre el tema a investigar. También es el motivo, por el cual no se ha podido acotar temporalmente la búsqueda.

Tras la lectura del título se eliminan 17 artículos, reduciéndose la búsqueda a 47, después de leer el abstract, se eliminan 21 artículos, reduciéndose la búsqueda a 26. Tras buscar en la red el texto completo se consiguen 10 artículos de los 26 seleccionados, por lo que se consulta a los autores y se buscan los artículos impresos en los fondos de la USC. Después de realizar la petición a los autores mediante correo electrónico se obtiene solamente un artículo más a los que, afortunadamente, se suman otros tres artículos impresos procedentes de los fondos de la USC. Una vez realizadas estas gestiones, se dispone de acceso al texto completo de 14 artículos, por lo que se debe prescindir de 12 que pudieran ser interesantes.

Por otra parte, se realiza la búsqueda en la segunda base de datos seleccionada: Pubmed. Los términos que se introducen son los siguientes:

1. Avoidant personality disorder\* (Title)
2. AND (treatment\* OR therap\* OR intervention\*) (Title/Abstract)

Los criterios de exclusión utilizados son los mismos que los empleados en la búsqueda en psycINFO. Además, cabe señalar que los artículos repetidos, se considerarán a efectos de recuento como contribución de psycINFO.

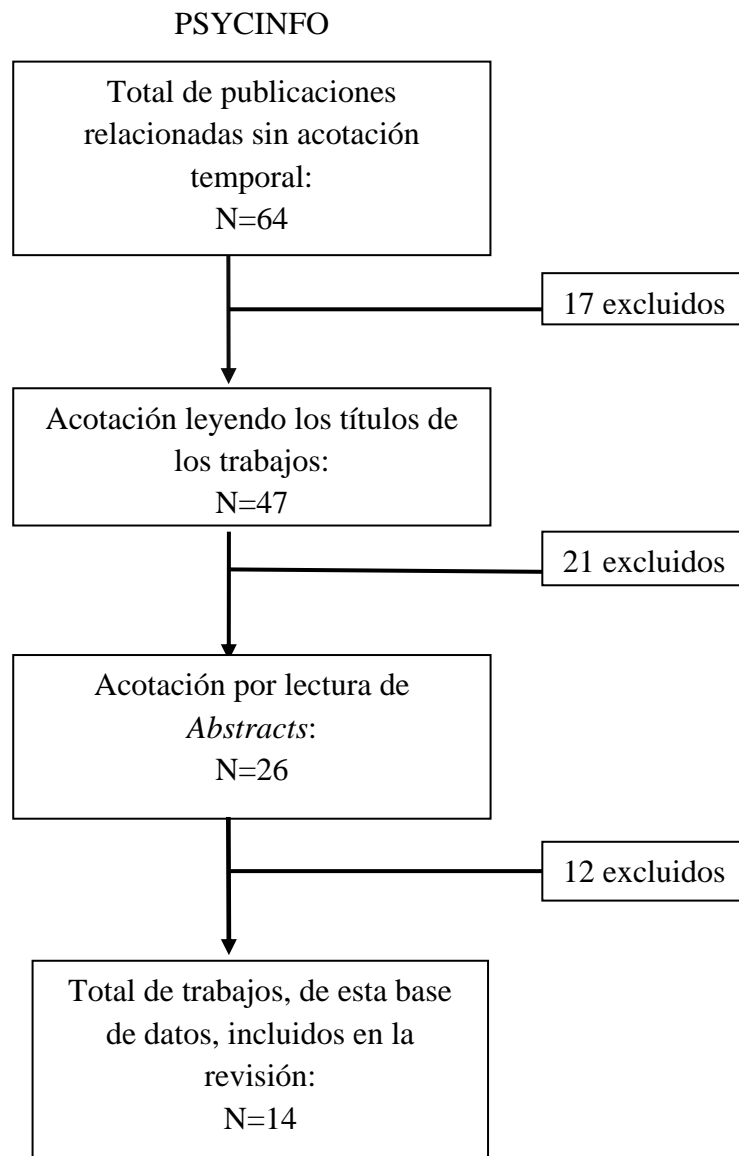
Una vez seleccionados los términos y los criterios de exclusión, se lleva a cabo la búsqueda y aparecen 34 resultados. 27 de ellos son los mismos que los seleccionados en la búsqueda realizada en psycINFO, por lo que se eliminan estos 27 trabajos, reduciéndose la búsqueda a 7 investigaciones.

Después de leer el título se excluye un trabajo, por lo que quedan 6 artículos y tras la lectura del abstract se eliminan 3 artículos, permaneciendo otros 3.

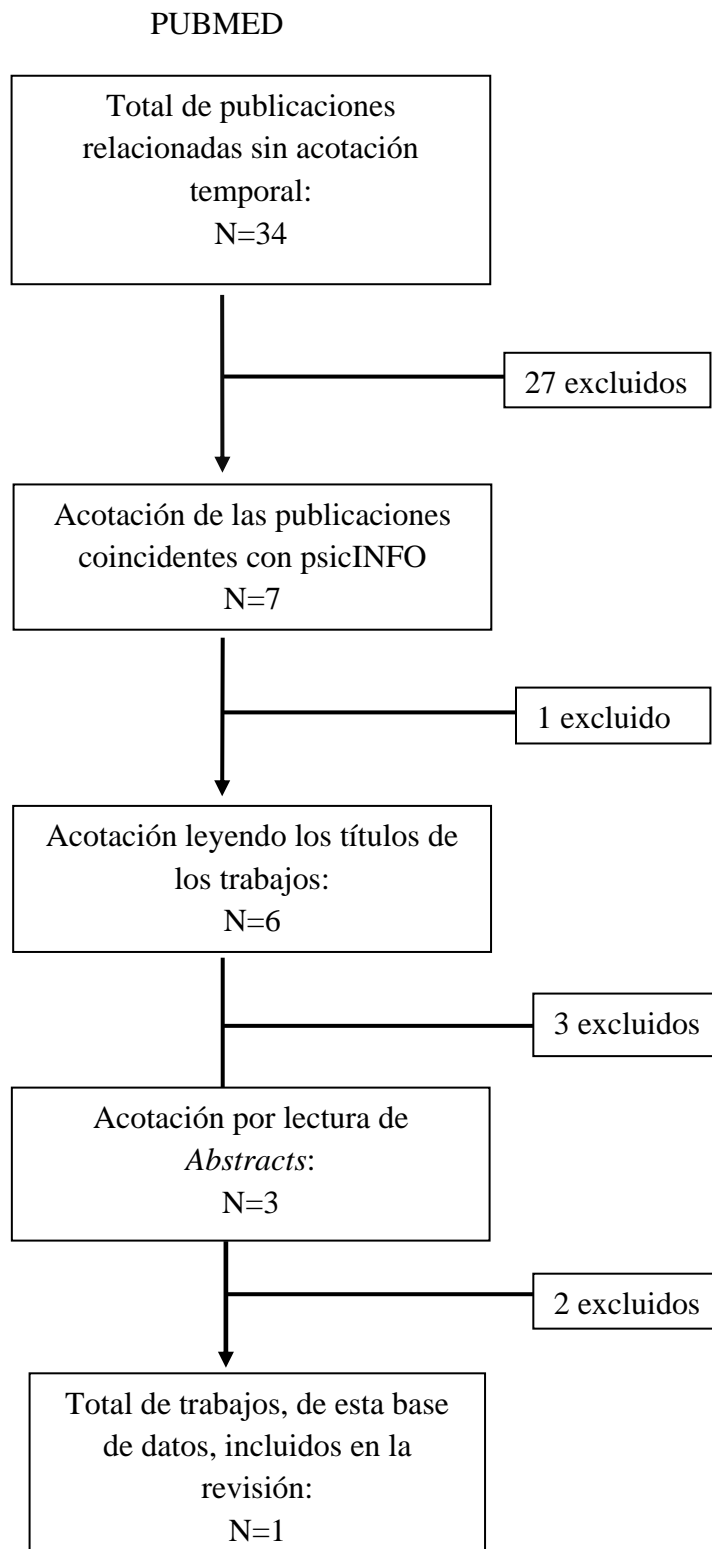
A continuación, se busca en la red el texto completo y sólo es posible obtener 1 de los artículos mencionados anteriormente. Después de consultar a los autores mediante correo electrónico no se obtiene ninguna respuesta y no se encuentran artículos impresos en los fondos de la USC. Por tanto, se dispone de acceso al texto completo de 1 artículo, por lo que se debe prescindir de 2 de ellos.

Finalmente, sumando los trabajos encontrados en ambas bases de datos se obtiene un total de 15 investigaciones (14 pertenecientes a la base de datos psycINFO y 1 solo artículo adicional extraído de Pubmed). Los diagramas de flujo que esquematizan todo el proceso se presentan a continuación, en la **Figura 1, Figura 2 y Figura 3**.

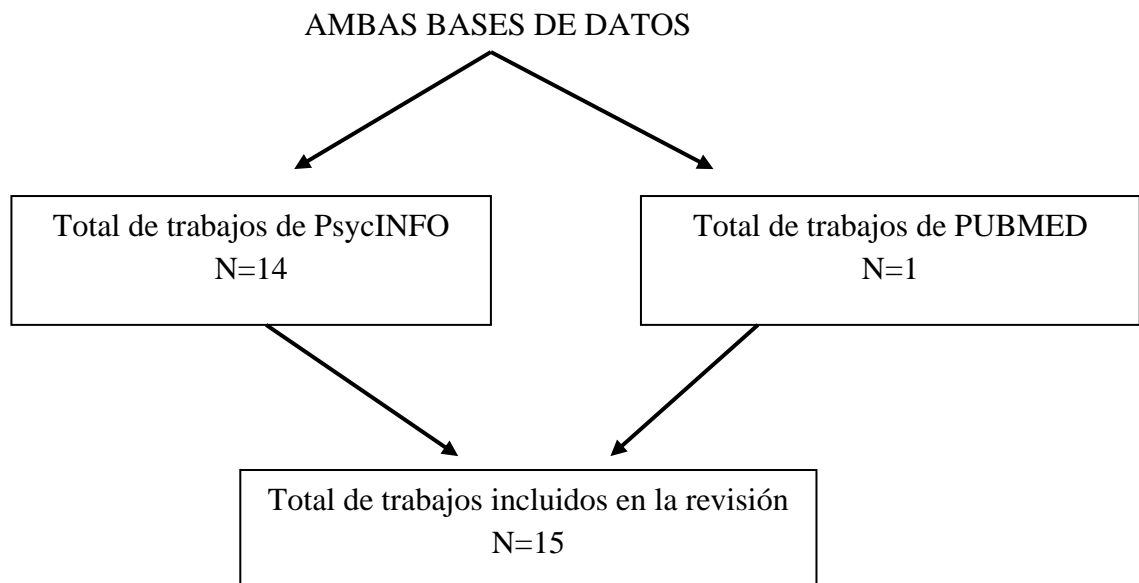
**Figura 1.** Resultados de la búsqueda en psycINFO:



**Figura 2.** Resultados de la búsqueda en Pubmed:



**Figura 3.** Resultados totales:



## 3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los 15 artículos incluidos en la revisión. Para ello, se han utilizado una serie de tablas donde se esquematiza la información más relevante de cada estudio. Atendiendo al contenido de los documentos manejados en la investigación, éstos pueden dividirse en las siguientes áreas:

- 3.1. Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social
- 3.2. Autoestima y TPE
- 3.3. Eficacia de los tratamientos para el TPE

### 3.1. Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la personalidad y Fobia Social

A pesar de que la diferenciación entre estos dos trastornos, no es el objetivo principal de la investigación, se ha decidido incluir el tema en los resultados, porque tal y como se ha comentado en la introducción, actualmente sigue vigente el debate sobre si la FS y el TPE son dos conceptualizaciones del mismo trastorno o si por el contrario se trata de entidades clínicas diferentes.

En el presente apartado se analizan 7 artículos. La mayoría son revisiones bibliográficas, excepto 2 ensayos clínicos: Marques et al. (2012) y Hofmann et al. (1995) y un ensayo aleatorizado: Huppert et al. (2008).

Pese a diferir en el tipo de estudio, todos los trabajos analizados en esta sección, intentan dar respuesta a la pregunta de si el TPE y la FS, especialmente la Fobia Social Generalizada, son trastornos diferentes, tal y como indica el DSM, o se trata de distintas conceptualizaciones del mismo trastorno. Lo que mueve a los profesionales a investigar sobre el tema, tiene que ver con reformular la clasificación del DSM y sobre todo, con optimizar la terapia para el TPE, por lo que es importante conocer si FS y TPE son el mismo trastorno y se pueden tratar aplicando terapias similares o si se trata de patologías diferentes que deben ser abordadas de una forma distinta. Cuatro de los siete artículos señalados, exponen que se trata del mismo trastorno y algunos de ellos discuten alternativas a la clasificación actual. Los otros tres mantienen que existen diferencias.

Por un lado, los autores que indican que se trata del mismo trastorno son los siguientes:

Según Hofmann et al. (1995), los resultados encontrados en su estudio, cuestionan exista una diferencia entre la FS y el TPE, pues no hubo diferencias significativas en la respuesta al tratamiento en sujetos con FS con TPE y en sujetos con FS sin TPE. De todas formas, los autores, señalan la necesidad de investigar sobre esta cuestión con una muestra mayor, ya que, la empleada en el trabajo fue de N=16.

Continuando con LaFreniere (2009), la evidencia demuestra una alta comorbilidad entre ambos trastornos: tienen los mismos síntomas y responden de manera semejante al mismo tratamiento, por tanto, se trata del mismo trastorno.

Reich, (2000), además de postular que FS y TPE son distintas conceptualizaciones del mismo trastorno, formula una alternativa para clasificar esta patología en el DSM. El autor propone crear, dentro del eje II, un sub-apartado de trastornos crónicos del eje I, en el que se incluiría la fobia social con rasgos de personalidad evitativa. Cabe señalar, que esta alternativa se propuso para el DSM-5, pero finalmente la propuesta no se llevó a cabo.

Por su parte, Reich (2009), expone en su publicación que existe una comorbilidad del 56% entre el TPE y la FS. Ambos trastornos comparten sintomatología, y responden al mismo tratamiento, ya sea psicofarmacológico o psicológico, a pesar de que el TPE es más incapacitante que la FS. Además, el más reciente estudio genético que analiza las relaciones entre ambos, concluye que las bases genéticas entre la FS y el TPE son idénticas. Por tanto, el TPE y la FS son dos conceptualizaciones del mismo trastorno, aunque difieren en el grado de gravedad: la FS es una manifestación más leve del trastorno, mientras que el TPE interfiere más significativamente en la vida de la persona.

En contraposición a lo anterior, Lampe (2015), Marques et al. (2012) y Huppert et al. (2008) indican que ambos trastornos son dos patologías diferentes. El primer artículo, señala que existen cuatro características esenciales que diferencian el TPE de la FS. Estas características son las siguientes:

- El autoconcepto y la autoestima se caracterizan por ser más bajos en las personas con TPE que en personas con FS.
- El miedo al rechazo en las personas con TPE se conceptualiza en un temor a ser rechazadas de una manera más global, es decir, que otros los consideren personas de poco valor. Por el contrario, las personas con FS tienen miedo a ser evaluadas negativamente en algún o en algunos aspectos más específicos.

- Los individuos con TPE refieren que nunca se sintieron integrados en la sociedad, mientras que los miedos de las personas con FS empiezan más tarde, generalmente en la adolescencia.
- Las personas con TPE se sienten más cómodas con personas desconocidas con las que no pretenden relacionarse, mientras que en la FS la ansiedad disminuye a medida que se va desarrollando la relación con otra persona. De todas formas, se necesita más literatura que apoye este último punto.

El segundo artículo señala que, además de que el TPE interfiere más significativamente que la FSG en la vida de una persona, existen diferencias que distinguen estos dos trastornos y que se deben tener en cuenta en el momento del diagnóstico y por tanto, a la hora de aplicar un tratamiento más adecuado:

- Las personas con TPE, puntúan más alto en “recelo emocional”, es decir, les cuesta más abrirse y contar sus intimidades a otras personas que a los individuos con FSG.
- Las personas con TPE tienen más dificultades interpersonales y una menor calidad de vida. Además, el diagnóstico conjunto de FSG y TPE, lleva consigo una mayor severidad y riesgo de sufrir depresión, por lo que el abordaje terapéutico deber ser diferente en estos casos.

En el último de los estudios, Huppert et al. (2008), los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a una de las 5 condiciones experimentales: *terapia farmacológica*, *CCBT*: Comprehensive Cognitive Behaviour-group, *CCBT + terapia farmacológica*, *CCBT + placebo* y *sólo placebo* durante 14 semanas. El resto de la muestra permaneció en lista de espera. Se evaluó a los sujetos en las semanas 0, 4, 8 y 14. En cuanto a las consideraciones generales del estudio, hay que decir que los datos apoyan la concepción de la FSG y TPE como constructos diferentes, pues responden de diferente manera al tratamiento, ya que los sujetos con TPE presentaron una peor calidad de vida que los individuos con FS o FSG, una vez aplicado el tratamiento.

Concluyendo con este apartado, podemos decir que la distinción entre FSG y TPE se ha incluido como una categoría específica dentro de los resultados de este trabajo, ya que está indirectamente relacionada con el tratamiento de la personalidad evitativa, pues si FS y TPE son el mismo trastorno, el tratamiento también debería ser el mismo. Cuatro de los artículos



señalados indican que se trata de dos conceptualizaciones diferentes de un mismo trastorno y los tres restantes, que son trastornos diferentes. Sin embargo, el debate continúa abierto, pues se necesitaría hacer una revisión mucho más exhaustiva sobre el tema para finalizar con la polémica sobre si existen o no diferencias entre estos dos trastornos.

**Tabla 2.** Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social.

<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principales hallazgos</b>
Hofmann et al. (1995)	Journal of Anxiety Disorders	Ensayo clínico	-N=16 sujetos que cumplen los criterios de FS del DSM-III-R -La mitad de ellos diagnosticados con fobia social + TPE	Comprender la distinción entre FS y TPE tras aplicar terapia de conducta. Examinar el miedo a hablar en público en ambos tipos de pacientes	SCID-II del DSM-III-R (Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. 1989).  STAI (Spielberger, Gorsuch & Luschene, 1970)	No se encontraron diferencias significativas con respecto a la respuesta al tratamiento en sujetos con FS sin TPE y sujetos con FS+TPE.
Huppert et al. (2008)	Depression and Anxiety	Ensayo aleatorizado	-N=335 sujetos que cumplen el diagnóstico de FS o TPE, según el DSM-IV  -Rango de edad: entre 18-65 años.	Comprobar si las personas diagnosticadas con TPE o FSG (con o sin TPE) responden de manera diferente a un mismo tratamiento.  Aportar datos acerca de si el TPE y la FSG forman parte del mismo constructo o deben ser considerados trastornos diferentes	SCID-II (First et al., 1996)  BSPS (Davison et al., 1997)  BDI (Beck, 1997)	<u>Condiciones de tratamiento</u> Todos los tratamientos activos fueron superiores al placebo, pero no hubo diferencias significativas entre los mismos.  <u>Individuos con FSG con y sin TEP VS individuos con TPE</u> Los pacientes con TPE presentaron mayor ansiedad social, mayor cantidad de síntomas depresivos y mayor discapacidad funcional.  <u>Consideraciones generales</u> Los datos de este estudio apoyan la concepción de la FSG y TPE como constructos diferentes, pues responden de diferente manera al tratamiento

**Tabla 2.** (Continuación)

<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principales hallazgos</b>
LaFreniere (2009)	Development and Psychopathology	Revisión	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	Comprender la naturaleza y el origen de la FS y del TPE.	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	FS y el TPE son distintas conceptualizaciones del mismo trastorno, ya que los estudios demuestran que existe una gran comorbilidad entre ambos; presentan los mismos síntomas y responden de manera semejante al mismo tratamiento
Lampe (2015)	Australasian Psychiatry	Revisión	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	Diferenciar el TPE de la FS para optimizar la terapia psicológica que reciben estos pacientes.	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	El TPE y la FS difieren en: Autoconcepto y autoestima, estando más afectados en el TPE -Miedo al rechazo: más específico en la FS. Más global y generalizado en el TPE. -Los individuos con TPE refieren haberse sentido excluidos siempre. Las personas con FS, comienzan a tener problemas a edades más tardías. -Las personas con TPE se sienten más cómodas con personas desconocidas con las que no pretenden relacionarse, en la FS es al revés, cuanto menos conocen a la otra persona, más ansiedad genera la interacción social.
Marques et al. (2012)	Journal of Anxiety Disorders	Ensayo clínico	N=326 individuos.  Rango de edad: 18 o más años.	Averiguar si es relevante, desde un punto de vista clínico, realizar un diagnóstico conjunto de FSG y TPE	SCID-II (First et al., 1996)	<u>Diferencias entre TPE y FSG:</u> -Recelo emocional: puntuaciones más elevadas en TPE. -Calidad de vida: más afectada en el TPE.  <u>Diagnósticos conjunto de FSG y TPE:</u> -Mayor riesgo de sufrir depresión.

**Tabla 2.** (Continuación)

<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principales hallazgos</b>
Reich (2000)	European Psychiatry	Revisión	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	Reformular la clasificación que realiza el DSM IV a cerca del TPE	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	El TPE y la FS son dos conceptos que hacen referencia al mismo trastorno, por tanto, es necesario modificar la clasificación del TPE establecida por el DSM. El artículo ofrece la siguiente propuesta: Llevar a cabo, en el eje II del manual diagnóstico, un subapartado de Trastornos Crónicos del Eje I con rasgos de personalidad evitativa significativos, secundarios a la fobia social.
Reich (2009)	Current Psychiatry Reports	Revisión	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	Establecer las relaciones entre el TPE y la FS analizando los criterios del DSM y los resultados de recientes investigaciones.	No aplicable. Estudio de revisión bibliográfica	Según 13 estudios analizados, existe una comorbilidad del 56% entre el TPE y la FS. Ambos trastornos comparten sintomatología y responden al mismo tratamiento. El más reciente estudio genético que analiza las relaciones entre ambos trastornos, concluye que las bases genéticas entre la FS y el TPE son idénticas. El TPE y la FS son dos conceptualizaciones del mismo trastorno, aunque difieren en el grado de gravedad, siendo el TPE más incapacitante.

### 3.2. Autoestima y Trastorno Evitativo de la Personalidad

Son dos los estudios incluidos en esta revisión que relacionan autoestima y TPE. Ambos artículos ponen de manifiesto lo importante que es tener en cuenta la autoestima en trastornos de la personalidad donde el “yo”, se ve particularmente afectado. Difieren en que el primero es un estudio comparativo, mientras que el segundo se trata de un ensayo clínico. Así como en el tamaño de la muestra, significativamente mayor en el segundo trabajo.

En Cummings, Hayes, Cardaciotto y Newman (2012), se señala que la variabilidad en la autoestima no es siempre negativa, tal y como indica la literatura tradicional. Por ejemplo, el trastorno bipolar afecta en mayor medida al bienestar que la depresión, debido a las oscilaciones en la autoestima que se dan en el primer trastorno. Sin embargo, en aquellos trastornos caracterizados por un patrón persistente de autoestima negativa, como es el caso del TPE o del TOC de personalidad, la variabilidad en la autoestima al comienzo del tratamiento es predictor de una buena respuesta terapéutica.

El segundo artículo, Lynum, Wilberg y Karterud (2008), es un ensayo clínico. Se centra en la autoestima de pacientes diagnosticados con TPE y con TLP. Aquellos con TPE, presentan una autoestima significativamente más baja que los que tienen TLP. El estudio del yo, permite comprender mejor los trastornos de la personalidad y por lo tanto, adecuar el tratamiento en función del grado de afectación del self.

A modo de conclusión, podemos decir que el estudio de la autoestima en los TTPP puede arrojar datos interesantes sobre el tratamiento de los mismos, pues, por un lado es útil como predictor del tratamiento (en el caso de exista un cambio en hacia una autoestima más positiva al inicio de la terapia) y por otro lado es uno de los elementos a tratar, de manera prioritaria, en aquellos TTPP donde la autoestima se ve muy afectada, como es el caso del TPE.

**Tabla 3:** Autoestima y TPE

<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principales hallazgos</b>
Cummings et al. (2012)	Therapy and Research	ensayo clínico	N=27 pacientes (15 mujeres, 12 hombres) con TPE y TOC de la personalidad.  Media de edad: 30 años	Examinar cómo varía la autoestima de pacientes con TPE y TOC de personalidad tras recibir Terapia Cognitiva.	SCID-II del DSM-IV-TR, (First et al, 1996).  BDI, (Beck et al., 1961).	Un mayor cambio en la autoestima, predice mejores respuestas terapéuticas en trastornos que presentan una visión negativa y continua del yo.
Lynum, et al. (2008)	Scandinavian Journal of Psychology	Estudio comparativo, correlacional	N=79 pacientes ambulatorios con TEP o TLP.  Media de edad: 30 años	Comparar la autoestima de los pacientes con TPE y TLP.	SCID-II del DSM-IV.  BDI (Beck et al., 1961).  CIP (Pedersen, 2002).	Los pacientes con TPE presentaron una autoestima más baja que los pacientes con TLP.  Los pacientes con ambos trastornos de personalidad tenían niveles de autoestima todavía más bajos.  La autoestima debe ser más investigada en los trastornos de personalidad.

### 3.3. Eficacia de los tratamientos en el Trastorno Evitativo de la Personalidad

En la **Tabla 4** se presenta un resumen de los 6 estudios que discuten cuáles son los tratamientos y técnicas terapéuticas más eficaces para el TPE. La mayoría de estas investigaciones son ensayos aleatorizados, exceptuando a Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless (1990), el cual es un estudio piloto. Todas las muestras incluyen representación de ambos sexos y la mayoría de ellas, están formadas por pacientes ambulatorios que cumplen los criterios del DSM de TPE y o FS. El tamaño muestral varía de 108 a 62 participantes en los ensayos aleatorizados y en el estudio piloto, la muestra consta de 17 sujetos.

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

De acuerdo con los objetivos de los seis estudios analizados, estos pueden dividirse en tres subapartados. El primero de ellos, analiza cuáles son las técnicas terapéuticas más eficaces para tratar la personalidad evitativa, es decir, se centra en la eficacia terapéutica a nivel molecular, por lo que se compararán técnicas de un mismo enfoque terapéutico; el segundo subapartado compara la eficacia terapéutica a nivel molar, dicho con otras palabras, compara diferentes terapias, e.g. la *Terapia dinámica breve* con la *Terapia cognitivo-conductual* y finalmente, el último de los subapartados, aporta datos que apoyan la superioridad terapéutica de la *Terapia cognitivo-conductual* a la hora de tratar el TPE. A continuación se explicarán detalladamente los resultados de los estudios correspondientes a cada subapartado:

**A. Señalar qué tipo de técnica terapéutica es más eficaz a la hora de tratar el TPE (nivel molecular)**

Los artículos que versan sobre el tema son: Alden (1989) y Alden y Capreol (1993). En el caso de Alden (1989), el autor analiza diferentes técnicas cognitivo-conductuales como *Exposición gradual*, *Entrenamiento en habilidades interpersonales* y *Foco de intimidad (FI)*, siendo la más eficaz esta última técnica. Dicha técnica consistía en la aplicación de los dos tratamientos anteriores, pero, centrándose en establecer fuertes vínculos interpersonales. Para ello, se distribuyó de manera aleatoria a los sujetos para que recibieran una de las tres condiciones de tratamiento. Dicho tratamiento, se llevó a cabo en sesiones grupales durante 10 semanas. También se distribuyó al azar a la parte de la muestra que conformaría el grupo control. Para garantizar los cambios terapéuticos, se administraron una serie de cuestionarios y autorregistros, para evaluar principalmente la ansiedad social. Se les pasaron a todos los sujetos antes del tratamiento, después y al cabo de 3 meses. En cuanto a los resultados, hay que decir que los grupos fueron comparados con muestras normativas y los participantes se encontraron 2 desviaciones típicas por debajo de los individuos de las muestras normativas con respecto al ajuste social.

En el segundo de los estudios analizados, Alden y Capreol (1993), además de investigar qué tipo de técnica, dentro del enfoque cognitivo-conductual, es la más eficaz para tratar el TPE, también se exploran los problemas interpersonales de cada paciente para saber qué tipo de técnica es más eficaz en función de dicha problemática. Para ello, se emplea una muestra de 76 pacientes ambulatorios, que cumplen los criterios de TPE del DSM-III. Una vez seleccionada la muestra, se les pasa el IIP-C: Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (Alden et al., 1990), que es un cuestionario que permite conocer cuáles son los problemas principales de una persona con respecto a sus relaciones interpersonales. En la muestra, se encontraron principalmente 2 grupos: pacientes con TPE que presentan desconfianza y conductas vengativas (*Cold-avoidant*) y pacientes con TPE con grandes déficits de asertividad y que se sienten utilizados por los demás (*Exploitable-Avoidant*). A estos dos grupos, se les sometió, de manera aleatoria a 3 condiciones experimentales, semejantes a las utilizadas en el estudio anterior: *Exposición gradual*, *Habilidades sociales* y *Habilidades sociales centradas en el desarrollo de relaciones íntimas*. Los individuos restantes, pasaron a formar parte del grupo control.

Los resultados del estudio, concluyen que los pacientes con TPE, que además presentan desconfianza y que son vengativos (*grupo cold-avoidant*), se benefician en



mayor medida de las técnicas de *Exposición gradual* y no de las *Habilidades sociales*. Por otra parte, los pacientes con TPE y déficits en asertividad, que se sienten utilizados por los demás (*grupo Exploitable-Avoidant*), se benefician de las dos técnicas, especialmente de las *Habilidades sociales* centradas en el desarrollo de relaciones íntimas.

Finalizando con el artículo, cabe señalar que es preciso evaluar los problemas interpersonales de los pacientes para ajustar las técnicas empleadas a sus necesidades y para que el tratamiento sea el más adecuado en cada caso.

## **B. Comparar la eficacia de diferentes terapias (nivel molar)**

Este es el caso de Borge et al. (2010) y Emmelkamp et al. (2006). El primero compara la *Terapia cognitiva* con la *Terapia interpersonal* para el tratamiento del TPE y del TDP (Trastorno Dependiente de la Personalidad). Yo me centraré en los resultados relacionados con las dimensiones del trastorno evitativo. Para llevar a cabo la investigación, se cuenta con una muestra de 77 personas en busca de tratamiento para la Fobia Social. Una vez seleccionada la muestra, se les asigna de manera aleatoria a dos condiciones de tratamiento: *Tratamiento cognitivo* o *Tratamiento interpersonal*, ambos en régimen residencial. Se llevan a cabo una serie de evaluaciones pre-test (se utilizan los instrumentos mencionados en la **Tabla 4**) que luego se comparan con las evaluaciones post-tratamiento y se lleva a cabo un seguimiento de 1 año. Los resultados son esperanzadores, pues en los factores cognitivos, se produce un cambio significativo, siendo más eficaz el *Tratamiento cognitivo* que la *Terapia interpersonal*. En cuanto a las variables pre-tratamiento, se observa una mejoría en los pacientes que **no** tomaron previamente benzodiazepinas, lo cual es un resultado inesperado, pero puede explicarse porque el consumo de medicación psicotrópica, aumenta la pasividad y contribuye a desmoralizar a los pacientes por sentirse adictos a los tranquilizantes.

Finalmente, el estudio demuestra que los tratamientos eficaces para la Fobia Social, también lo son para el Trastorno de Personalidad Evitativo.

En el segundo estudio, Emmelkamp et al. (2006), se seleccionó de manera aleatoria a 21 personas de la muestra para que recibieran *Terapia cognitivo conductual*, 23 sujetos de la misma, fueron tratados con *Terapia dinámica breve* y los 18 restantes

permanecieron en lista de espera. El tratamiento consistió en 20 sesiones en un período de unos 6 meses. La terapia era individual y duraba 45 minutos por sesión. Los resultados concluyen que la *Terapia cognitivo conductual* fue significativamente superior a la *Terapia dinámica breve* en las evaluaciones Post-tratamiento y en las de seguimiento.

### **C. Mostrar la eficacia del *Tratamiento cognitivo-conductual***

Dos son los estudios con este objetivo: Brown, Heimberg y Juster (1995) y Renneberg et al. (1990). En la primera investigación, el grupo tratamiento recibió *Terapia cognitivo-conductual en formato grupal (n=63)*, *Terapia psicoeducativa en formato grupal (n=11)*, *farmacoterapia (n=14)* y *placebo (n=14)*. Para observar los efectos del tratamiento, se llevaron a cabo una serie de medidas pre y post como el BDI, ADIS-R y FQ. Los resultados muestran que el 47% de los sujetos con un diagnóstico comórbido con TPE, dejaron de cumplir los criterios para el TPE después del *Tratamiento cognitivo-conductual*. Este último dato contrasta con la definición de trastorno de personalidad como un patrón permanente de comportamiento.

En cuanto a Renneberg et al. (1990), además de mostrar la eficacia del *Tratamiento cognitivo-conductual*, dicha investigación tiene como objetivo examinar si la terapia empleada para la FS es igualmente efectiva en el TPE. Para llevar a cabo el estudio piloto, se aplicó el programa de tratamiento de manera intensiva, en un período de 32 horas repartidas en cuatro días y en formato grupal (5 ó 6 pacientes por grupo). Las técnicas empleadas fueron: *Desensibilización sistemática*, *Entrenamiento de conducta* y *Mejora del autoconcepto*. Para objetivar los avances se aplicaron diferentes evaluaciones cuyos resultados fueron analizados antes del tratamiento, después del tratamiento y al cabo de un año. Los instrumentos empleados ofrecen medidas de ansiedad social, funcionamiento social, depresión y autoimagen.

En vista de los resultados, de ambos estudios, se concluye, existe una mejora significativa en la calidad de vida de los sujetos con TPE, tras recibir *Tratamiento cognitivo-conductual*.

**Tabla 4.** Eficacia de los tratamientos en el TPE

<b>Autores</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Muestra</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principales hallazgos</b>
Alden (1989)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Ensayo aleatorizado	N=76 pacientes ambulatorios que cumplen los criterios de TPE del DSM-III.  Hombres: 42 Mujeres: 34  Rango de edad: 20-40 años	Concluir qué técnica terapéutica es más adecuada a la hora de tratar el TPE:  <i>Exposición Gradual, Entrenamiento en Habilidades Interpersonales y Foco de Intimidad</i>	SQ (Alden & cape, 1986)  BDI (Beck & Beamsdorfer, 1974)	<u>Grupo control VS Grupo de tratamiento</u> Los Sujetos sometidos a cualquiera de las tres condiciones de tratamiento mostraron mejoras significativas con respecto al grupo control.  <u>ST VS IF</u> La condición de tratamiento IF fue significativamente superior a la condición ST y a la condición GE.  <u>Seguimiento</u> A los tres meses, seguía existiendo una mejora significativa en los sujetos del grupo experimental.

**Tabla 4.** (Continuación)

Autores	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Instrumentos	Principales hallazgos
Alden y Capreol (1993)	Behavior Therapy	Ensayo aleatorizado	N=76 pacientes ambulatorios diagnosticados de TEP  Hombres: 42 Mujeres: 34	Examinar qué tipo de técnica cognitivo-conductual es más adecuada para cada paciente, en función de sus problemas interpersonales.	MCMI (Millon, 1983)  IIP-C (Alden et al., 1990)	Los pacientes con TPE, que además presentan desconfianza y que son vengativos se benefician en mayor medida de las técnicas de <i>Exposición gradual</i> y no de las <i>Habilidades Sociales</i> . ( <b>grupo cold-avoidant</b> )  Los pacientes con TPE y déficits en asertividad que se sienten utilizados por los demás ( <b>grupo Exploitable-Avoidant</b> ), se benefician de las dos técnicas, especialmente de las <i>Habilidades Sociales</i> centradas en el desarrollo de relaciones íntimas
Borge et al. (2010)	Clinical Psychology & Psychotherapy	Ensayo aleatorizado	N=77. Formada por individuos buscando tratamiento para la fobia social	Examinar cómo influyen la Terapia Cognitiva y la Terapia Interpersonal en la personalidad dependiente y evitativa.  Examinar variables pre-tratamiento y factores de tratamiento que influyen en el cambio terapéutico.	SCID-II (DSM-IV).  SPAI SP (Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989)  BAI (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)	<u>Cambios en los rasgos de personalidad dependiente y evitativa:</u>  -Mejoras con la TC (Terapia Cognitiva): d=1.11 -Mejoras con la TI (Terapia Interpersonal): d=0.53  <u>Predictores de tratamiento:</u> Se observan peores resultados en los individuos que previamente consumían benzodiazepinas

**Tabla 4.** (Continuación)

Autores	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Instrumentos	Principales hallazgos
Brown et al. (1995)	Behavior Therapy	Ensayo aleatorizado	N=108 pacientes que cumplen los criterios de DSM-III-R de FS y o de TPE.  Hombres: 62 Mujeres: 46	Señalar el grado de interferencia del TPE y de la FS (generalizada o no generalizada)  Examinar la respuesta al tratamiento (cognitivo-conductual) de las personas con estos trastornos.	BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)  ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988)  FQ (Marks & Mathews, 1979)	Los pacientes con FSG presentaron un mayor grado de discapacidad que los pacientes con FS. Sin embargo, la presencia o ausencia de TPE no resultó predictiva a la hora de los resultados del tratamiento.  El 47% de los sujetos con un diagnóstico de FSG comórbido con TPE, dejaron de cumplir los criterios para el TPE después del tratamiento.
Emmelkamp et al. (2006)	The British Journal of Psychiatry	Ensayo aleatorizado	N=62 pacientes ambulatorios que cumplen los criterios de TPE del DSM-IV  Hombres: 30 Mujeres: 32  Rango de edad: 23-65 años	Comparar la eficacia de la <i>Terapia dinámica breve</i> y la <i>Terapia cognitivo-conductual</i> a la hora de tratar el TPE.	SCID-II, (First et al, 1996)  LWASQ (Scholing & Emmelkamp, 1992)	<u>Tratamientos vs no tratamiento.</u>  Se demostró que la <i>Terapia cognitivo conductual</i> era significativamente superior, al grupo control y no se encontraron diferencias significativas entre la <i>Terapia dinámica breve</i> y la lista de espera.  <u>Post-tratamiento y Seguimiento</u>  La terapia Cognitivo Conductual resultó significativamente superior a la Terapia Dinámica Breve en las evaluaciones Post-tratamiento y en las de seguimiento.

**Tabla 4.** (Continuación)

Autores	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Instrumentos	Principales hallazgos
Renneberg et al. (1990)	Behavior Therapy	Estudio piloto	<p>N=17 pacientes ambulatorios que cumplen los criterios de TPE del DSM-III.</p> <p>Hombres: 9 Mujeres: 8</p> <p>Rango de edad: 22-63 años.</p>	Mostrar la eficacia del Tratamiento Conductual para el TPE, llevando a cabo un tratamiento grupal intensivo.	<p>SCID-II del DSM-III-R.</p> <p>FNE (Watson &amp; Friend, 1969)</p> <p>BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, &amp; Erbaugh, 1961)</p> <p>SAS-SR (Weissman &amp; Bothwell, 1976)</p>	<p><u>Pre-tratamiento Vs Pos-tratamiento</u> Existe una mejora significativa sobre todo en las medidas de miedo a la Evaluación Negativa y a la Evitación Social.</p> <p><u>Postratamiento Vs Seguimiento</u> -Los resultados fueron estables durante el período de seguimiento de un año.</p> <p>-La mejora más significativa se encontró en la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, tanto en las medidas pos-tratamiento como durante el seguimiento.</p>

## 4. Discusión

A continuación se profundizará acerca de los tres subapartados sobre los que se aglutinan los resultados de la presente investigación. En primer lugar, se tratará el tema de la diferenciación entre TPE y FS, que tal y como se comentaba en la introducción, es un tema muy discutido sobre el que sigue existiendo polémica. En este trabajo se han identificado estudios que intentan profundizar en este aspecto, prestando especial atención a las implicaciones que la diferenciación podría tener para el desarrollo de terapias psicológicas; en segundo lugar, se discutirá sobre la relación entre autoestima y TPE, pues los cambios en la autoestima de los pacientes, resultan ser predictores de la respuesta terapéutica y además, la autoestima se ve muy afectada en las personalidades evitativas, por lo que su estudio puede arrojar importantes datos acerca de este trastorno. Finalmente, en el último de los subapartados se profundizará sobre cuáles son los tratamientos más eficaces para el TPE, tanto a nivel molecular como molar y por qué se ha demostrado la superioridad de unos frente a otros.

### 4.1. Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social

A la luz de los resultados analizados en la presente sección, nos encontramos con dos líneas de investigación opuestas. Por un lado, los trabajos que afirman que TPE y FS son dos conceptualizaciones del mismo trastorno (Hofman et al., 1995; LaFreniere, 2009; Reich, 2000 y Reich, 2009) y por otro lado, los estudios que concluyen, se trata de trastornos diferentes (Huppert et al., 2008; Lampe, 2015 y Marques et al.).

De acuerdo con lo comentado anteriormente, los estudios que afirman, se trata del mismo trastorno, son aquellos que apoyan la *Hipótesis del continuo de gravedad*, es decir que FS y TPE son distintas conceptualizaciones del mismo trastorno, pero varían en cuanto al grado de interferencia en la vida del individuo, encontrándose el TPE en el extremo más incapacitante. Los investigadores que defienden esta hipótesis, hacen referencia a la elevada comorbilidad existente entre ambos trastornos, y el hecho de que FS y TPE presenten los mismos síntomas y se beneficien del mismo tratamiento. Otro de los artículos, además de

señalar estas características, también hace referencia a los hallazgos de tipo genético. Es el caso de Reich (2009). Según el autor, los más recientes estudios genéticos que analizan las relaciones entre ambos trastornos, concluyen que las bases genéticas entre la FS y el TPE son idénticas. Continuando con la ***Hipótesis del continuo de gravedad***, merece la pena hacer mención al estudio de Reich (2000); pues en dicho trabajo, no sólo se muestran hallazgos por los cuales FS y TPE deberían considerarse el mismo trastorno, sino que además ofrece una alternativa a la clasificación que realiza el DSM. La propuesta, consistiría en llevar a cabo, dentro del eje II del manual diagnóstico, un subapartado de Trastornos Crónicos del Eje I con rasgos de personalidad evitativa significativos. Dicha alternativa no se llevó a cabo en el DSM-5, sin embargo, es una propuesta interesante para posteriores ediciones e incita a llevar a cabo nuevas alternativas a la clasificación actual.

Por el contrario, 3 de los 7 artículos analizados en esta sección, afirman que TPE y FS son dos patologías diferentes: en primer lugar, Lampe (2015) se centra en señalar las características en las que se diferencian dichos trastornos. Algunas de estas características, son el autoconcepto, que es más bajo en las personas con TPE, o el inicio del trastorno, que se presenta antes en los individuos con personalidad evitativa que en los que tienen fobia social. En segundo lugar, en el estudio de Marques et al. (2012), como se puede ver en el apartado de resultados, se hace hincapié en que las personas con TPE tienen más dificultades interpersonales y una menor calidad de vida y finalmente, en la investigación de Huppert et al. (2008), los autores señalan que tras aplicar el mismo tratamiento a personas con FS (generalizada y no generalizada) y personas con TPE, fueron los individuos con trastorno de personalidad los que presentaron un menor beneficio de la terapia.

Como se puede observar, la controversia entre los investigadores que apoyan la ***Hipótesis del continuo de gravedad*** y los que mantienen que TPE y FS son trastornos diferentes sigue abierta, con un número semejante de estudios a favor y en contra.



## 4.2. Autoestima y Trastorno Evitativo de la Personalidad

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

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

Finalmente, es preciso señalar que el estudio de la autoestima en los trastornos de personalidad, es un campo muy interesante que debería ser más investigado, pues este tipo de trastornos están muy relacionados con la evaluación del “yo” que realiza el paciente. Por tanto, las investigaciones en este campo, pueden arrojar interesantes resultados con respecto al tratamiento. Sobre todo en los trastornos de personalidad donde la autoestima es muy baja, como es el caso del TPE, pues probablemente haya que empezar reparando esa concepción tan negativa del “sí mismo” para que exista una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados terapéuticos.

## 4.3. Eficacia de los tratamientos en el Trastorno Evitativo de la Personalidad

Tal y como se explica en el apartado de resultados, los estudios que investigan acerca de la eficacia de los tratamientos en el TPE, podrían dividirse en tres subapartados:

**A. Eficacia a nivel molecular:** en dicho apartado, se discute la eficacia de diferentes técnicas terapéuticas. A la luz de los resultados se concluye que las técnicas cognitivo conductuales son las más eficaces para este trastorno de personalidad, siendo la condición *Foco de Intimidación (IF)*, la que obtiene mejores respuestas terapéuticas (Alden, 1989).

Esta técnica combina la *Exposición gradual* a las situaciones temidas con el *Entrenamiento en habilidades interpersonales*, centrándose sobre todo en trabajar las relaciones íntimas en las que se crean fuertes vínculos.

A propósito de lo comentado anteriormente, es preciso destacar la importancia de adaptar el tipo de técnica terapéutica al paciente, tal y como se observa en la investigación de Alden y Capreol (1993), en la cual se agrupa a los participantes con TPE en función de sus problemas interpersonales. De acuerdo con los resultados, los pacientes evitativos que presentan desconfianza y son vengativos, se benefician en mayor medida de las técnicas de *Exposición gradual* que del *Entrenamiento en habilidades sociales*. Por el contrario, los pacientes evitativos que además presentan déficits de asertividad y que se sienten utilizados por los demás, se benefician por igual de las dos técnicas, sobre todo del *Entrenamiento en habilidades interpersonales* centrado en construir relaciones íntimas.

**B. Eficacia a nivel molar:** en este apartado se analiza la eficacia de diferentes tratamientos pertenecientes a distintos enfoques. Tras analizar los resultados, se concluye que la *Terapia cognitivo-conductual*, se muestra más eficaz que la *Terapia interpersonal*, tal y como se indica en el estudio Borge et al. (2010). Además de lo comentado anteriormente, cabe señalar, que dicha investigación emplea un tratamiento cognitivo-conductual utilizado en FS y resulta ser exitoso en pacientes con TPE, lo cual apoya la ***Hipótesis del continuo de gravedad***, pues el mismo tratamiento resulta ser eficaz con trastornos supuestamente diferentes (TPE y FS). Para finalizar con las conclusiones de este estudio, es menester señalar la mejoría observada en aquellos pacientes que **no** tomaron previamente benzodiazepinas, lo cual es un resultado esperanzador, que demuestra una mayor eficacia de la psicoterapia frente a la farmacoterapia (al menos en este trastorno de personalidad) y que puede ayudar a disminuir el uso excesivo de medicación psicotrópica.

Otro de los artículos analizados en la revisión (Emmelkamp et al., 2006), señala la superioridad de la *Terapia cognitivo-conductual*, en este caso, en comparación con la *Terapia dinámica breve*. Sin embargo, sería interesante aplicar ambos tratamientos durante un período mayor de tiempo, pues es en las evaluaciones a medio y largo plazo cuando aumenta la eficacia de la *Terapia dinámica breve*, aunque no llega a posicionarse por encima de la *Cognitivo-conductual*.

### **C. Mostrar la eficacia del *Tratamiento cognitivo-conductual***

En este último apartado, se pretende proporcionar más evidencias que respalden la eficacia de la *Terapia cognitivo-conductual* para tratar los trastornos de personalidad evitativa. Dos son los estudios empleados en esta revisión que comparten dicho objetivo: Brown et al. (1995) y Renneberg et al. (1990). En ambos estudios se muestra que existe una mejoría significativa en la mayoría de los pacientes, tanto en las medidas postratamiento como en las de seguimiento. Cabe destacar, que en el primero de los estudios, el 47% de los pacientes con diagnóstico comórbido de FS y TPE, dejó de cumplir los criterios para el TPE tras la terapia, lo cual contrasta con la definición de trastorno de personalidad como un patrón permanente de conducta.

Para finalizar con la discusión, se puede concluir que el debate entre si existen o no diferencias entre el TPE y la FS sigue latente; que el estudio de la autoestima en los TTPP puede arrojar resultados interesantes acerca de la terapia de los mismos, sobre todo en las personalidades desadaptadas donde la autoestima se encuentra más deteriorada, como es el caso del TPE. Por último, los datos acerca del tratamiento psicológico del TPE son esperanzadores, pues la *Terapia cognitivo-conductual* se muestra eficaz a la hora de tratar la personalidad evitativa, mejorando significativamente la calidad de vida de estas personas y es interesante señalar, que en uno de los trabajos de la revisión (Borge et al., 2010), la mejoría observada, fue mayor en aquellos pacientes que **no** tomaron previamente benzodiazepinas, lo cual es un resultado inesperado pero que se puede explicar por el malestar que provoca en los pacientes verse dependientes de alguna medicación psicotrópica. Esto puede hacernos reflexionar sobre las implicaciones negativas que tienen los psicofármacos en las personas, ya que además de efectos secundarios, provocan en la persona un sentimiento de dependencia bastante perjudicial. Por tanto, es preciso que la comunidad científica, investigue sobre psicoterapias cada vez más eficaces para abordar no sólo el TPE, sino cualquier tipo de trastorno mental, pudiendo sustituir a la farmacoterapia o reducirla a las dosis mínimas necesarias.

## 5. Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones más relevantes que se han podido extraer de la presente revisión bibliográfica:

1. El debate acerca de si FS y TPE son distintas conceptualizaciones de un mismo trastorno o por el contrario, se trata de trastornos diferentes, continúa latente y debe ser más investigado.
2. Los individuos con TPE se benefician de manera significativa del tratamiento psicológico, mejorando su calidad de vida, sus relaciones interpersonales y disminuyendo su miedo a la evaluación negativa por parte de los demás.
3. Las personalidades evitativas son de los trastornos de personalidad que más dañada tienen la autoestima, por lo que es uno de los primeros aspectos a tratar en la terapia.
4. Existe una superioridad significativa de la *Terapia cognitivo-conductual* para el tratamiento de este trastorno de personalidad.
5. A nivel molecular, las técnicas más eficaces para tratar el TPE son aquellas centradas en la exposición gradual y en trabajar las relaciones íntimas para crear fuertes vínculos interpersonales.

### 5.1. Limitaciones

Se han presentado varias limitaciones a la hora de llevar a cabo la presente revisión, sobre todo de tipo metodológico, pues muchos de los artículos que se habían seleccionado como relevantes para el trabajo, no se han podido conseguir por no tener acceso al texto completo de los mismos.

Además, existe muy poca bibliografía acerca del TPE y menos todavía si hablamos en términos de terapia, ya que se mantiene la creencia equivocada de que los trastornos de personalidad, al ser patrones permanentes de conducta, no tienen cura, por lo que se investiga muy poco en este campo. Sin embargo, tal y como se ha demostrado en la presente revisión,

las personas con Trastorno de Personalidad por Evitación, se benefician significativamente del tratamiento.

En relación al tipo de terapia más eficaz para tratar este trastorno de la personalidad, aunque el *Tratamiento cognitivo-conductual* se muestra significativamente superior con respecto a otras terapias, la *Terapia dinámica breve* parece tener también buenos resultados y sería interesante llevar a cabo intervenciones donde se implante el tratamiento durante un período de tiempo mayor, pues los beneficios de la *Terapia dinámica breve* aparecen más tarde que en el caso de la *Cognitivo-conductual*.

Finalmente, continúa existiendo el debate sobre si la FS y el TPE son el mismo trastorno o deben seguir considerándose entidades clínicas cualitativamente diferentes. Sería interesante centrarse en este punto y haber realizado una búsqueda más exhaustiva sobre este tema, sin embargo, al no ser el objetivo principal de la investigación no se pudo llevar a cabo.

## 5.2. Líneas de investigación futuras

Es interesante seguir investigando sobre si FS y TPE, son o no el mismo trastorno centrandos los estudios en los resultados de tratamiento o en la etiología de ambos trastornos a nivel genético.

El estudio de la autoestima en estos pacientes, puede aportar datos interesantes para el tratamiento, pues está muy dañada en el TPE y es uno de los principales elementos a tratar en terapia, por lo que debiera ser más investigada y no sólo en este trastorno, si no para comprender y tratar de manera eficaz otros trastornos de la personalidad, pues están muy relacionados con la manera en que el individuo se ve a sí mismo.

Resulta muy importante concienciar a la comunidad científica de que el TPE, es uno de los trastornos de personalidad que mayor sufrimiento emocional provoca en los pacientes, por lo que es de vital importancia investigar cada vez más sobre tratamientos eficaces y replicables para esta personalidad desadaptada, que está quedando relegada a un segundo plano, ensombrecida por otros trastornos del clúster B, como la personalidad límite, sobre los que se investiga mucho más. Para que los estudios se puedan replicar, es conveniente que las investigaciones sean de gran calidad metodológica, como es el caso de los ensayos aleatorizados y que las muestras sean lo suficientemente grandes y representativas. Con

respecto al tamaño muestral, sería interesante llevar a cabo estudios multicéntricos, realizados en diferentes centros al mismo tiempo, para poder contar con muestras más amplias.

Continuando con el tratamiento, sería conveniente llevar a cabo investigaciones que implanten terapias durante un período mayor de tiempo, porque existen terapias psicológicas que producen beneficios más a largo plazo que otras y no tener en cuenta esta variable puede estar distorsionando los resultados, por tanto, sería muy conveniente realizar estudios longitudinales sobre el tratamiento del TPE. Así como estudiar el efecto positivo de realizar terapias grupales, particularmente en pacientes con TPE, pues se beneficiarían de la exposición social al ser la terapia en grupo.

En lo relativo a la clasificación dimensional, que ofrece el DSM-5, para el TPE y para otros TTPP, será necesario conocer si esta nueva concepción diagnóstica contribuye a mejorar la identificación de los pacientes con TPE y a refinar las herramientas terapéuticas.

Finalmente es muy necesario ahondar en las relaciones entre la investigación y la práctica profesional, para que los tratamientos basados en la evidencia lleguen a la práctica y que en la práctica profesional se puedan llevar a cabo estudios sistematizados para extraer conclusiones generalizables sobre el TPE, con el fin de superar la dicotomía existente entre “investigación-acción” tan presente en nuestro tiempo.

## 6. Referencias bibliográficas

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 756-764.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.6.756>
- Alden, L. E., & Capreol, M. J. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behavior Therapy*, 24(3), 357-376.  
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80211-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80211-4)
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521-536.
- Allport, G. W. (1980). *La Personalidad: Su configuración y desarrollo*. (7ª ed.) Barcelona, España: Herder.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5ª ed.). DSM5. Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 785-791.
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Borge, F., Hoffart, A., Sexton, H., Martinsen, E., Gude, T., Hedley, L. M., & Abrahamsen, G. (2010). Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(2), 87-99.

- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26(3), 467-486. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80095-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80095-4)
- Caballo, V. E., (coord.) (2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. En V. E., Caballo (coord.). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. (pp. 25-49). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., (coord.) (2004). El trastorno de la personalidad por evitación. En, V. E., Caballo (coord.). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. (pp. 193-213). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., (coord.) (2004). El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En, V. E., Caballo (coord.). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. (pp. 537-550). Madrid: Síntesis.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431.
- Cummings, J. A., Hayes, A. M., Cardaciotto, L., & Newman, C. F. (2012). The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: An adaptive role of self-esteem variability? *Cognitive Therapy and Research*, 36(4), 272-281. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9375-x>
- Davidson, J. R., Miner, C. M., De Vaugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The brief social phobia scale: a psychometric evaluation. *Psychological medicine*, 27(01), 161-166.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2008). *Los trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.



- Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule--revised (ADIS-R)*. Phobia and Anxiety Disorders Clinic, Center for Stress and Anxiety Disorders, State University of New York at Albany.
- Emmelkamp, P. M. G., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C., & van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *189*(1), 60-64. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012153
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1996). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II), version 2. New York, New York Psychiatric Institute. *Biometrics Research*.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*(5), 427-438. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(95)00022-G
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behaviour Modification*, *24*, 102-129.
- Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, *25*(5), 441-448. doi:http://dx.doi.org/10.1002/da.20349
- LaFreniere, P. (2009). A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1065-1082. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990046
- Lampe, L. (2015). Social anxiety disorders in clinical practice: Differentiating social phobia from avoidant personality disorder. *Australasian Psychiatry*, *23*(4), 343-346. doi:http://dx.doi.org/10.1177/1039856215592319

- Liebowitz, M. R. & Heimberg, R. G. (1997). *A controlled comparison of phenelzine and cognitive-behavioral group therapy in social phobia*. Paper presented at the International Conference on Shyness and Self-conscious, Cardiff, Wales.
- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 469-477. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour research and therapy*, 17(3), 263-267.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: what does it add?. *Journal of anxiety disorders*, 26(6), 665-672. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.05.004>
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual* (3th ed.). Minneapolis. MN: National Computer Systems.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1998) *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. CIE-10. Madrid: Medito.
- Pedersen, G. A. (2002). Norsk revidert versjon av Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex (IIP-C). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 25-34.

- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European Psychiatry, 15*(3), 151-159. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00240-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00240-6)
- Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Current Psychiatry Reports, 11*(1), 89-93.
- Renneberg, B., Goldstein, A. J., Phillips, D., & Chambless, D. L. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy, 21*(3), 363-377. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80337-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80337-5)
- Rubio, V., & Pérez, A. (Eds). (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier España, S.A.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1992). Self report assessment of anxiety: a cross validation of the Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire in three populations. *Behaviour research and therapy, 30*(5), 521-531.
- Spielberger, C. D. (1970). STAI manual for the state-trait anxiety inventory. *Self-Evaluation Questionnaire*, 1-24.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)*. New York State Psychiatric Department.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(1), 35.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(4), 448-457.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*(9), 1111-1115.

# Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Resultados de la búsqueda en psycINFO.....	19
<b>Figura 2.</b> Resultados de la búsqueda en Pubmed.....	20
<b>Figura 3.</b> Resultados totales.....	21

# Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Criterios del DSM-5 y del CIE-10.....	9
<b>Tabla 2.</b> Diferenciación entre Trastorno Evitativo de la Personalidad y Fobia Social.....	26
<b>Tabla 3:</b> Autoestima y TPE.....	30
<b>Tabla 4.</b> Eficacia de los tratamientos en el TPE.....	35