

EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI

VICENTE E. CABALLO*
UNIVERSIDAD DE GRANADA (ESPAÑA)

ARTURO PRIETO COMELIN
UNIVERSIDAD DE VIÑA DEL MAR (CHILE)

Avoidant Personality Disorder (APD) is one of the most frequent personality disorders with a significant possibility of change. The present work exposes some of the most relevant characteristics of the APD as it is currently conceptualized, describing its main clinical characteristics, differentiating it from other psychological problems (of great difficulty when trying to do it with regard to the generalized social phobia) and outlining possible etiological factors (genetic, family, environmental and developmental). Finally we show some of the most frequent treatments for the APD, particularly from the cognitive-behavioral perspective, highlighting Beck's cognitive therapy and, especially, the cognitive-interpersonal therapy of Alden. We conclude with some reflections about this important psychological disorder of our days.

Key words: personality disorders, avoidant personality disorder, treatment.

Los trastornos de la personalidad constituyen un grupo de problemas de notable actualidad y permanente conflicto. A pesar de su presencia desde hace años en las principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, el conocimiento que se tiene de ellos sigue siendo escaso, así como es también limitada la posibilidad de cambio de muchos de esos trastornos. Tanto el DSM-IV-TR (APA, 2000) como la CIE-10 (OMS, 1992) incluyen a los trastornos de personalidad dentro de sus sistema de clasificación y el consenso existente entre ambos sistemas es bastante alto. No obstante, existen divergencias en algunos proble-

mas concretos, como el trastorno esquizotípico (no incluido entre los trastornos de personalidad de la CIE-10) o el trastorno narcisista (incluido en la CIE-10 dentro del apartado de "Otros trastornos específicos de la personalidad"). En lo que sí parece haber un mayor consenso es en la consideración de lo que constituiría un trastorno de la personalidad. Se habla de éste como una alteración y modo de comportamiento que tiende a ser persistente y es la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás (OMS, 1992) o como un patrón permanente e

* Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Granada, Campus de la Cartuja, s/n, 18071, Granada, España. E-mail: caballo@attglobal.net.

inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto (APA, 2000). Podríamos indicar que aunque todas las personas tienen patrones persistentes en las formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo (lo que llamaríamos rasgos de personalidad), estos patrones sólo se expresan como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional importante o un malestar subjetivo (APA, 2000). En ocasiones no es el propio sujeto quien padece los efectos de estos patrones desadaptativos, sino el entorno que lo rodea, especialmente las personas que se encuentran más cerca del sujeto (pareja, familiares, compañeros de trabajo, etc.). Es en este último caso en el que las posibilidades de cambio del patrón comportamental desadaptado son más escasas.

En el presente trabajo, nos vamos a centrar en un trastorno de la personalidad que el DSM-IV-TR denomina trastorno de la personalidad por evitación y que la CIE-10 llama trastorno ansioso de la personalidad. Creemos que este trastorno ha sido poco investigado y es probable que su presencia en la población pudiera ser más elevada de lo que actualmente se supone. A diferencia de otros trastornos de la personalidad, el trastorno de la personalidad por evitación (TPE), nombre que utilizaremos de ahora en adelante a lo largo de este trabajo, sí parece disponer de posibilidades de cambio a través de procedimientos y estrategias conductuales y cognitivo-conductuales.

DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

El TPE se caracteriza por “sentimientos de tensión y temor, inseguridad e inferioridad, existiendo un deseo de agradar y ser aceptado, hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, con restricción de las relaciones personales y tendencia a evitar determinadas actividades mediante la exageración de los potenciales riesgos y peligros de las situaciones cotidianas” (OMS, 2000, p. 165). El DSM-IV-TR (APA, 2000), por su parte, lo define como un patrón general de inhibición social, que conlleva unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. En la Tabla 1 podemos ver los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR.

A pesar de que los sujetos con un TPE anhelan profundamente poder relacionarse con los demás, son mayores sus temores de no ser aceptados por las personas que están fuera de su esfera de familiaridad, por lo que evaden cualquier posibilidad de contacto con otros que no estén dentro de su campo de seguridad. Semejante temor exagerado a una posible crítica o rechazo en las relaciones interpersonales les limitan en la realización de trabajos o actividades sociales que involucren siquiera un eventual contacto interpersonal con personas desconocidas. Así, el aislamiento social los lleva a evadir posibilidades reales de trabajo o vínculo social con personas desconocidas, limitando aún más sus posibilidades de lograr lo que más anhelan: relacionarse con la gente. Este círculo vicioso les impide conseguir nuevas amistades y sólo es roto –pero con desconfianza– cuando se les asegura de que van a ser aceptados sin crítica de los demás (por

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) y de la CIE-10 (OMS, 1992) para el trastorno de la personalidad por evitación.

Criterios del DSM-IV-TR	Criterios de la CIE-10
<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de las actividades que implican un contacto interpersonal significativo debido al temor a las críticas, la desaprobación o el rechazo. • Ser reacio a implicarse con nuevas personas salvo que esté seguro de que va a agradar y de que le aceptarán sin críticas. • A pesar de los deseos de relacionarse, se preocupa en exceso por ser criticado o rechazado en situaciones sociales. • Se percibe a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás. • Inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido a sentimientos de inadecuación. • Tendencia a exagerar los peligros potenciales de las circunstancias ordinarias, rechazo a implicarse en actividades nuevas. • Muestra inhibición hacia las relaciones íntimas debido al temor a pasar vergüenza o ridículo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo o la crítica, reprobación o rechazo. • Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado. • Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad. • Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás. • Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor. • Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.

ejemplo, en terapia de grupo). En las escasas oportunidades de vida social, si es que las hay, prefieren pasar desapercibidos y se retraen ante la mínima posibilidad de ser observados por los demás, rehuendo las miradas y presentando una actitud tímida, respondiendo en forma breve y con voz vacilante cuando les hablan.

En la seguridad de la vida familiar parecen sentirse más seguros y confiados, pero rehuyen participar o integrarse en una reunión familiar que involucre a otras personas más allá de los parientes de línea directa. Sin embargo, suele haber en estos sujetos una historia familiar cargada de castigos, rechazos y humillaciones que se perpetúan a través de sus sentimientos de automenosprecio e inferioridad que se arrastran desde

la infancia. En todo caso, aun con familiares cercanos, las personas con TPE se reprimen a sí mismas, declinando hablar de sus intimidades por temor a ser descubiertas, humilladas, avergonzadas y rechazadas debido a sus sentimientos de inferioridad. Sus contactos sociales más cercanos se dan tan sólo con personas familiares, de quienes pueden llegar a depender en forma exagerada para conseguir que les ayuden o les representen en las actividades laborales o sociales. Puesto que son hipervigilantes de sus propias emociones y extremadamente sensibles a lo que dicen o hacen los demás acerca de ellos, están constantemente evaluando y escudriñando la conducta con los que se relacionan, como si estuviesen buscado el más mínimo indicio de rechazo o crítica que les confirme

su sentimiento de inferioridad respecto a los demás. Son incapaces de soportar bromas acerca de su persona, pues cualquier cosa que se les diga lo interpretan como una crítica o burla, reaccionando con vergüenza y humillación. Por lo mismo, ante los demás suelen permanecer callados e 'invisibles' para no dar oportunidad de que se fijen en ellos, ya que así evitan que lo que hacen pueda evaluarse como equivocado o ridículo. Si bien se podría suponer que esta errada y exacerbada sensibilidad ante lo que los demás puedan decir de ellos y su modo distorsionado de interpretar la conducta de la gente podría estar predispuesta por un esquema congruente de procesamiento de información, estudios en esta dirección no han encontrado resultados significativos que apoyen tal suposición (Dreessen y otros, 1999). No obstante lo anterior, el exageradamente bajo umbral de sensibilidad de los sujetos con TPE ante posibles manifestaciones de crítica o rechazo de los demás agrega una considerable tensión en sus relaciones interpersonales más íntimas, pues quienes les rodean han de estar constantemente preocupados de no hacer cosas que desencadenen en ellos sentimientos de humillación, vergüenza e inferioridad.

Si logran establecer una relación de pareja, pueden mostrarse desconfiados de los genuinos sentimientos de la otra persona debido a su baja autoestima y a su propia inseguridad (Dreessen y otros, 1999; Hudson y Rapee, 2000; Heimberg y otros, 2000), lo que, en ocasiones, los puede llevar a experimentar celos de la pareja, especialmente si ella/él mantiene una fluida vida social. Si es que se presentan, los sentimientos de desconfianza y celos corresponden, más que a una supuesta infidelidad, a un sentirse inseguro de sí mismo y de sus

atractivos personales y, por tanto, a sentirse poco interesante para la pareja. Una historia conyugal cargada de tensiones, inseguridades y desvalorizaciones de sí mismo podría conducir al aburrimiento de la pareja, confirmando así los temores al rechazo y perpetuando la gravedad del trastorno. Esto puede ser una de las razones por las que la ansiedad social sea un trastorno más común en sujetos casados que en solteros (Heimberg y otros, 2000). Se ha sugerido además, que en sujetos casados la terapia cognitiva sería más eficaz que en sujetos solteros (Barber y Muenz, 1996), lo que presumiblemente puede deberse a la reestructuración cognitiva de la inseguridad, autodesvalorización de sí mismo y a la presencia de creencias de evitación (Dreessen y otros, 1999) que matizan las relaciones íntimas de las personas casadas que padecen este trastorno de la personalidad.

La autoprotección ante la amenaza que involucra para ellos el contacto con los demás adopta la forma de repliegue social, que es la única forma eficaz que han aprendido para reducir la vergüenza y humillación. Pero el centrarse en sí mismos no les permite escapar de sus propios sentimientos de inferioridad y automenosprecio y de lo que paradójicamente más les aterra: el vacío de su inmensa soledad. Sobre esta característica de los sujetos que padecen un TPE, Millon y Davies (1998) señalan que "es especialmente significativa para comprender al evitador, ya que dar la espalda al mundo exterior no conlleva paz ni bienestar. Los evitadores no encuentran libertad ni consuelo en su propio interior... De hecho, pueden sufrir más dolor estando solos y a merced de sí mismos que cuando están en contacto con otras personas. La inmersión en los propios pensamientos y sentimientos es una

experiencia más difícil, puesto que *una persona no puede físicamente evitarse a sí misma* (itálicas añadidas), no puede escapar, salir corriendo u ocultarse de ser quien es y como es" (p. 276). Este parece ser un rasgo central del TPE, pues el patrón de evitación ya no es tan sólo con respecto al contexto social aversivo, sino a su propio mundo interior, por lo que la ansiedad es en realidad ineludible. La representación aversiva del contexto social es transferida a su propia imagen, pensamientos y sentimientos que resultan ser tan o más dolorosos que el mundo exterior. Tal pareciera como si se autogenerara su propia desesperanza aprendida, donde el escape o evitación son, en la práctica, imposibles y sólo queda resignarse a sufrir una vida de angustias y soledad a merced de su autocastigo. Este peculiar patrón de evitación puede ser comparable con el proceso de "evitación experiencial" (p.ej., Ferro, 2000; Hayes y otros., 1996; Hayes, 1987) en el que el sujeto, habiendo descontextualizado sus pensamientos de la situación ambiental aversiva que provocaba sus emociones negativas, ha transferido las propiedades aversivas de la situación a sus propios pensamientos. Puesto que el sólo hecho de referirse verbalmente a, o el pensar en, la situación aversiva le genera, por sí mismo, ansiedad, el sujeto ahora intenta evitar pensar en esos pensamientos, lo que, cual círculo vicioso, aumenta la probabilidad de seguir pensando en los pensamientos que le angustian (p.ej., Ferro, 2000). Así, el sujeto no tiene forma de evadir sus propios pensamientos y la ansiedad sobreviene ineludiblemente, provocando el sentimiento de descontrol y el derrumbe de la autoestima. Visto de esta manera, parece razonable suponer que, si como afirman Millon y Davis (1998) *una persona no puede*

físicamente evitarse a sí misma, entonces el patrón de evitación del TPE puede ser concebido como una forma de evitación experiencial. Considerado así, el patrón de evitación del TPE correspondería a un estado emocional crónico que es relativamente estable y permanente en el tiempo –propio de una personalidad emocionalmente alterada– en lugar de una secuencia de crisis emocionales reactivas ante muchas y diferentes situaciones sociales (p.ej., Hofmann y otros, 1995). Una suposición que se encuentra a menudo en la literatura sobre trastornos de la personalidad es que, debido a que el TPE correspondería a un cuadro clínico más grave de alteración que el de la fobia social, incluyendo la generalizada, la eficacia del tratamiento estaría limitada por la gravedad 'refractaria' del trastorno a la intervención terapéutica (Hofmann, 2000; Hudson y Rapee, 2000; Reich, 2000; Hofmann y otros, 1999; Hope, Herbert y White, 1995). No obstante, de acuerdo con lo señalado por estos mismos autores, el TPE parece responder al tratamiento farmacológico (Reich, 2000) y a algunas modalidades de terapia psicológica (Caballo, 1998, 2001; Hofmann y otros, 1999), lo que sugiere que, abordado de la manera adecuada, el TPE puede remitir en su gravedad, dejando de ser por tanto un cuadro inmutable o crónico. La gravedad del trastorno parece radicar más en el *locus* del patrón evitador, siendo más grave cuando se trata de evitación experiencial, hacia dentro, que cuando es situacional, hacia fuera, ya que esto último pareciera ser más propio de la fobia social (p.ej., Hofmann y otros, 1995).

Finalmente, queremos señalar algunas creencias disfuncionales que presentan los sujetos con TPE, relativas a la percepción de sí mismo y de situaciones sociales, las

que, desde una perspectiva cognitiva, serían responsables de la ansiedad social y la evitación del contacto con los demás (Hofmann, 2000). Entre las características cognitivas que se presentan en un sujeto con ansiedad y evitación social, se han descrito principalmente las siguientes:

1. Suposición de que la probabilidad de que ocurran eventos sociales negativos es mayor que la de los eventos socialmente positivos (Lucock y Salkovskis, 1988).

2. Creencia de que la mayoría de las personas son inherentemente críticas con los demás y probablemente le están evaluando negativamente (Leary, Kovalsky y Campbell, 1988).

3. Tendencia a magnificar los aspectos competitivos y a minimizar los aspectos cooperativos o de apoyo social en las relaciones interpersonales (Trower y Gibert, 1989).

4. Preocupación por sus pensamientos negativos de autoevaluación cuando está temeroso en situaciones sociales (Stopa y Clark, 1993).

5. Autofocalización excesiva de la atención sobre su propia conducta y estados emocionales (Hofmann, 2000; Wells y Papageorgiou, 1998; Woody, Chambless y Glass, 1997).

6. Sobreestimación de lo evidente y visible que es su ansiedad para los demás, en relación al modo como lo perciben otras personas (Alden y Wallace, 1995; Bruch *et al.*, 1989).

7. Creencia de que, debido a su propia ineptitud y a su modo inaceptable de comportamiento, está en peligro de tener consecuencias desastrosas que implican el rechazo de los demás y, por consiguiente, la pérdida de estatus y de valía personal (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

El solapamiento existente entre el TPE y otros trastornos tanto del Eje I como del Eje II del DSM-IV-TR puede llegar en ocasiones a ser considerable. Si bien es reconocido en el mismo DSM-IV-TR que existe un notable solapamiento entre el TPE y la fobia social, son además numerosos los estudios que no encuentran diferencias sintomatológicas relevantes que permitan establecer el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos, especialmente cuando se trata de la fobia social generalizada (Caballo, 1995; Caballo y Turner, 1994; Faravelli y otros., 2000; Hofmann y otros, 1995; Hope, Herbert y White, 1995; Hudson y Rapee, 2000; Reich, 2000). Los intentos por diferenciar la fobia social generalizada del TPE han fracasado y han provocado una verdadera confusión entre ambos. Aparentemente sería redundante añadir a la fobia social generalizada el diagnóstico de TPE. Diferencias similares a las encontradas entre la fobia social discreta y el TPE podrían hallarse también entre este último subtipo de fobia social y la fobia social generalizada, aunque esas posibles diferencias pueden ser pequeñas cuando se evalúa a todos los sujetos en la situación-problema para los sujetos con la fobia social discreta (Caballo y Turner, 1994). En este estudio se encontró que no había diferencias conductuales durante una situación heterosexual análoga (de 4 minutos) entre un grupo de sujetos con fobia social generalizada y otro grupo con dificultades importantes sólo en las relaciones con miembros del sexo opuesto, aunque si se daban diferencias conductuales significativas de ambos grupos de sujetos cuando

se les comparaba con individuos «normales», especialmente en lo que respecta a los sujetos con fobia social generalizada (Caballo y Turner, 1997). Si se hubiera comparado un grupo de sujetos con otra fobia social circunscrita, como, por ejemplo, «hablar en público» con el grupo de fobia social generalizada en la situación heterosexual análoga anterior es posible que se hubieran hallado más diferencias conductuales.

Cuando hemos intentado relacionar el TPE con la fobia social por medio de medidas de autoinforme, hemos encontrado correlaciones notablemente elevadas y estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre el TPE (evaluado por el *Inventario Clínico Multiaxial de Millon*, MCMI-II, Millon, 1987) y medidas de fobia social, como el *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI; Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989) ($r = 0,60$), de ansiedad social, como la *Social Avoidance and Distress Scale* (SAD; Watson y Friend, 1969) ($r = 0,60$) o de timidez, como la *Social Reticence Scale* (SRS; Jones y Russell, 1982) ($r = 0,73$) (Caballo y Álvarez-Castro, 1995).

Heimberg (1990) se hace las siguientes preguntas: “¿Es el TPE simplemente una variación más grave de la fobia social? ¿Son el TPE y la fobia social dos trastornos relacionados y solapados, pero diferentes? ¿Hay realmente una justificación para la existencia de ambas categorías diagnósticas? Las respuestas no se conocen y además se complican por el hecho de que los sujetos con fobia social no constituyen un grupo muy homogéneo” (Heimberg, 1990, p. 208). Bellack y Hersen (1990) señalan también que “parece poco lógico tener dos categorías nosológicas distintas que muestran la misma fenomenología y responden más o menos a los mismos tratamientos, especial-

mente en ausencia de datos claros sobre las diferencias en la etiología o en el curso” (pp. 240-241). Es probable que la psicopatología general en este ámbito varíe a lo largo de un continuo, desde la fobia circunscrita hasta el TPE. Tanto las personalidades por evitación como los sujetos con fobia social están preocupados por las percepciones que los demás tengan de ellos, desean la aceptación de los demás, pueden sufrir deterioro laboral o social y están preocupados por que los demás descubran sus fallos. En el DSM-IV-TR, la mayor parte de los criterios para la fobia social son similares a los criterios para el TPE. Si se consideran además las características asociadas, propuestas por el DSM-IV-TR, de la fobia social, características que incluyen la *hipersensibilidad a la crítica, a la evaluación negativa o al rechazo, pocas habilidades sociales, señales observables de ansiedad y baja autoestima*, el solapamiento de ambos trastornos es más que notable. De hecho, parece muy improbable que se pueda tener un TPE sin tener fobia social, aunque pudiera satisfacerse los criterios de fobia social (especialmente los de la fobia social discreta) y no cumplir los criterios para el TPE (Herbert, Hope y Bellack, 1992; Turner y Beidel, 1989). Así, en el estudio de Herbert y otros (1992) todos los sujetos que satisfacían los criterios para el TPE satisfacían también los criterios de fobia social generalizada, aunque lo inverso no siempre era verdad. Holt, Heimberg y Hope (1992) encontraron que sólo el 50% de los sujetos con fobia social generalizada tenía clara o probablemente un TPE, comparado con el 89% informado por Schneier y otros (1991). Mientras que para Herbert y otros (1992) este elevado grado de solapamiento, especialmente cuando un trastorno está

totalmente incluido en otro, plantea serias cuestiones sobre la validez de los dos trastornos como entidades diagnósticas separadas, para Holt y otros (1992) los diagnósticos de TPE y fobia social generalizada no son redundantes, pudiendo el TPE identificar sujetos con una fobia social más grave a lo largo de un continuo. Estos últimos autores comentan unas líneas después que el TPE y la fobia social generalizada no denotan categorías distintas de pacientes con fobia social. Dichos autores señalan que sus resultados sugieren un continuo de una progresiva sintomatología grave y profunda entre los sujetos con fobia social. Este punto de vista contrasta con la nosología actual (APA, 2000), que conceptualiza a la fobia social generalizada y al TPE como dos trastornos distintos (aunque frecuentemente comórbidos). Ninguna de las diferencias que surgieron entre los dos grupos, en el estudio de Herbert y otros (1992), apuntan a dimensiones cualitativas que podrían distinguirlos como categorías separadas de psicopatología. «Una persona que satisface los criterios de la fobia social generalizada y del TPE no sufre dos trastornos mentales comórbidos, sino simplemente un trastorno que satisface los criterios de dos diagnósticos diferentes» (Widiger, 1992, p. 341). La diferenciación de estas condiciones podría encontrarse simplemente en la gravedad y la profundidad del trastorno. Así, los estudios de Herbert y otros (1992), Holt y otros (1992), McNeil y otros (1993) y Turner y otros (1992) sugieren que los temores sociales se distribuyen a lo largo de un continuo de gravedad demarcada por categorías diagnósticas específicas: temores sociales circunscritos (el menos grave), fobia social generalizada y TPE (el más grave). Aunque hay autores que señalan que los sujetos que

reciben el diagnóstico de fobia social generalizada y de TPE parecen ser los más deteriorados (Holt y otros, 1992), ya se ha visto que es difícil recibir el diagnóstico de TPE sin satisfacer también el de fobia social generalizada (Caballo, 1995).

La comorbilidad entre el TPE y el trastorno de la personalidad por dependencia parece ser mayor que con otros trastornos del Eje II, pues precisamente ambos trastornos corresponden al grupo C de los ansiosos o temerosos (véase Caballo y Valenzuela, 2001, para observar las correlaciones entre los distintos trastornos de la personalidad en una nueva medida de evaluación de los mismos). Si bien en ambos trastornos los sujetos se aíslan activamente del contacto con los demás debido a sus sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad y necesidad de reafirmación, la función del aislamiento social en el TPE es evadir el rechazo y humillación que experimenta en el contacto con los demás, mientras que en el trastorno de la personalidad por dependencia el aislamiento de los demás tiene la función de conseguir que alguien cercano al sujeto lo cuide y se ocupe de él.

En relación a los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad con los cuales el TPE comparte la característica del aislamiento social, es la función que cumple el aislamiento social lo que diferencia a estos trastornos (Jansen y otros, 1994). Como ya se ha dicho, el aislamiento social de los sujetos con un TPE se caracteriza por un patrón de evitación activa como único mecanismo de autoprotección ante el riesgo subjetivo de ser rechazado y humillado por los demás. En cambio en los sujetos con personalidad esquizoide y esquizotípica, la evitación social obedece a un patrón pasivo por la falta de interés en el contacto con

los demás. En este sentido, a diferencia de los sujetos con un TPE que anhelan tener relaciones con los demás, los sujetos esquizoides y esquizotípicos se aíslan del resto de la gente simplemente porque prefieren estar solos y parecen no necesitar el aprecio de los demás. Por lo mismo, estos últimos sujetos tampoco parecen experimentar sufrimientos por su soledad, a diferencia de los individuos con un TPE, que sí manifiestan intenso sufrimiento y se menosprecian por necesitar la relación con los demás que se sienten imposibilitados de conseguir. Visto bajo el prisma del sufrimiento, en el TPE el sufrimiento está claramente ubicado en el mismo individuo; en cambio, en los sujetos esquizoides y esquizotípicos, el sufrimiento tiende a estar localizado más bien en las demás personas. Cabría finalmente diferenciar el TPE con el trastorno paranoide de la personalidad. Ambos trastornos tienen la característica común de escudriñar y desconfiar de las demás personas, pero mientras el sujeto con un TPE desconfía de las personas por el miedo al rechazo o a ser humillado, en el trastorno paranoide de la personalidad la desconfianza del sujeto se debe a sus sospechas de las malas intenciones que los demás supuestamente tienen hacia él.

PREVALENCIA, SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL GÉNERO

En algunas culturas, especialmente en las de origen anglosajón, la distancia social es valorada como un indicador de 'buena educación' y se promueve entre la gente un protocolo implícito de relaciones interpersonales que mantiene un espacio individual,

que es celosamente protegido ante la 'intromisión' de extraños que puedan atentar contra la libertad e independencia de la persona. En tales situaciones, el patrón evitativo ante situaciones sociales corresponde más a una conducta adaptativa frente a las características idiosincrásicas de la cultura que a un trastorno de ansiedad o evitación social. De forma similar, debido a la desigualdad de derechos y condiciones de vida, los sujetos inmigrantes pueden llegar a presentar un patrón evitativo ante la cultura en la cual se están insertando. En todos esos casos, deberá evaluarse primero la adaptación social del individuo a su cultura de origen, antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad y evitación social.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la prevalencia del TPE en la población general estaría entre el 0,5 y el 1%. Aunque mostrando gran variabilidad de resultados, otros estudios han informado de cifras mayores. Por ejemplo, la prevalencia de la fobia social en los Estados Unidos de Norteamérica es de 13,3% (Heimberg y otros, 2000). En Italia, en cambio, en una muestra de 2355 sujetos, Faravelli y otros (2000) encontraron una prevalencia en la población del 4% para la fobia social y de 3,6% para el TPE. Los altos valores de prevalencia de la fobia social entre los norteamericanos (13,3%) con respecto a la de los italianos (4%) puede deberse ciertamente a las diferencias metodológicas y diagnósticas entre ambos estudios, pero también podría reflejar un menor soporte afectivo y una mayor distancia social entre los miembros de una cultura anglosajona respecto a los de una cultura latina. La prevalencia de los trastornos de ansiedad y evitación social en una población puede verse incrementada cuando la calidez y apoyo social de los demás miembros de

la comunidad es débil, lo que dificultaría la participación e integración de las personas en sus respectivos grupos sociales. No obstante, ninguna comparación intercultural sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad y evitación social puede ser sustentada con rigor mientras no se establezcan criterios clínicos y metodológicos comunes a la investigación epidemiológica transcultural. Faravelli y otros (2000) señalan que las tasas de prevalencia de la fobia social encontradas por ellos en la población italiana son similares a las encontradas en otros países (incluyendo poblaciones anglosajonas, como en Alemania e Islandia), pero las diferencias diagnósticas y metodológicas utilizadas entre esos estudios hacen insustentable las comparaciones transculturales. Unificar criterios diagnósticos, instrumentos de evaluación y procedimientos metodológicos entre las investigaciones epidemiológicas transculturales debería ser un aspecto crucial cuando se estudie la prevalencia de los trastornos de ansiedad y evitación social, debido a la sensibilidad que este tipo de trastorno tiene respecto a las normas de convivencia social que predominan entre los miembros de una determinada cultura. Desafortunadamente, las diferencias entre los estudios epidemiológicos parecen estar principalmente originadas en los confusos criterios de clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR para la diferenciación clínica entre los tipos de trastornos de ansiedad y evitación social. A pesar de esas insalvables diferencias entre los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad y evitación social, en general las cifras sugieren que la prevalencia del TPE es más alta de lo que se pensaba (Heimberg y otros, 2000).

Por otra parte, en relación a la presencia del TPE en pacientes ambulatorios, el DSM-

IV-TR indica una prevalencia del 10%. Sin embargo, Phillips y McElroy (2000) investigaron la prevalencia de los trastornos de la personalidad en una muestra de 148 sujetos con un trastorno dismórfico corporal, encontrando que el TPE era el más común de todos los trastornos estudiados, alcanzando una prevalencia del 46% en esa muestra de pacientes. En la población norteamericana, la fobia social es el tercer cuadro psicopatológico más frecuente, siendo excedido sólo por los trastornos depresivos y el alcoholismo (Heimberg y otros, 2000). Así mismo, el estudio de Faravelli y otros (2000) reveló que el 92% de los pacientes con fobia social han tenido al menos otro trastorno psiquiátrico durante su vida, y que la fobia social es el trastorno de ansiedad más frecuente en la comunidad.

En cuanto a la incidencia que el género tiene sobre el TPE, el DSM-IV-TR señala que el trastorno parece darse por igual en hombres y en mujeres. El estudio de Faravelli y otros. (2000) reveló que la prevalencia de la fobia social era mayor en mujeres (4%) que en hombres (1,9%). Sin embargo, no se han encontrado estudios que demuestren sustancialmente un predominio del trastorno en varones o mujeres, por lo que parece que el género no influye significativamente en la incidencia de los trastornos de ansiedad y evitación social.

Con respecto al curso, si bien los componentes predecesores del TPE pueden encontrarse en la infancia, éstos suelen ser características comportamentales que se van acrecentando con la edad, llegando a presentarse los primeros síntomas en la adolescencia a la edad promedio de 15,5 años (Faravelli y otros, 2000). En los comienzos de la edad adulta el TPE cristaliza en el trastorno propiamente como tal a una edad promedio de

28,8 años (Faravelli y otros, 2000). No se han encontrado estudios que demuestren sustancialmente que el TPE pueda remitir espontáneamente en edades más avanzadas (Coolidge y otros, 2000).

FACTORES ETIOLÓGICOS

La etiopatogenia del TPE es desconocida, pero probablemente inciden en este trastorno tanto determinantes biológicos como ambientales. Los factores que originan los trastornos de ansiedad y evitación social pueden ser principalmente agrupados en: a) factores genéticos; b) factores familiares; c) otros factores ambientales; y d) factores del desarrollo (Hudson y Rapee, 2000).

Factores genéticos

Las investigaciones con adopción de gemelos, estudios de familia y del temperamento, han proporcionado, en general, abundante evidencia de que los factores genéticos pueden tener una importante incidencia en el desarrollo de los trastornos de ansiedad y evitación social. Sin embargo, de los resultados de los estudios de gemelos no ha sido posible determinar la heredabilidad específica de los trastornos de ansiedad; más bien, los datos apoyan la conclusión de que lo que es heredado es la propensión a la neurosis en general (Hudson y Rapee, 2000; Catarineu y Gili, 1998). Evidencias de la discreta proporción de varianza en la fobia social debida a factores genéticos específicos fue proporcionada por el estudio de Kendler y otros (1992) realizada con una muestra de 2163 pares de gemelas femeninas, en donde la tasa de concordancia para la fobia social fue más alta para las gemelas monozigóticas (24%) que para las dizigóticas (15%), sugi-

riendo que el 21% de la varianza en fiabilidad para la fobia social fue el resultado de factores genéticos específicos y un 10% se debió a factores genéticos compartidos por todas las fobias. Por tanto, si bien existe evidencia de la influencia de factores genéticos específicos en la etiología de la fobia social y de otras fobias, los resultados parecen ser más consistentes con la noción de que lo que se hereda es una predisposición general para la ansiedad, más que una transmisión genética para trastornos específicos de ansiedad (Hudson y Rapee, 2000).

En los estudios sobre temperamento, un área de importancia para la investigación de las influencias genética sobre los trastornos de ansiedad y evitación social es la inhibición social, que se plasma en reacciones de retirada, cautela, evitación y timidez ante situaciones no familiares (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman y García-Coll, 1984). Los estudios sobre la inhibición conductual han resaltado sus influencias con los trastornos de ansiedad y especialmente con la fobia social y los trastornos de pánico (Turner, Beidel y Wolff, 1996). De la investigación sobre inhibición conductual puede desprenderse que este elemento del temperamento puede marcar un incremento del riesgo para los trastornos de ansiedad, incluyendo los trastornos relacionados con la fobia social, especialmente el TPE. No sería muy arriesgado plantear que la inhibición conductual podría ser un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior, dependiendo de la facilitación o no por el ambiente, de un TPE.

Factores familiares

Hudson y Rapee (2000) señalan tres aspectos que son probablemente de importancia para la transmisión familiar en la génesis y desarrollo de la fobia social: a) los

estilos de crianza infantil de los padres; b) el modelado parental de las ansiedades sociales; y c) la restringida exposición a situaciones sociales.

En relación a los estilos de crianza infantil, los estudios retrospectivos de sujetos con problemas de ansiedad y evitación social revelan que ellos, en general, perciben a sus respectivos padres como sobreprotectores, carentes de calidez, indiferentes, poco afectuosos, rechazadores, controladores, autoritarios y coercitivos. Sin embargo, pareciera que el estilo parental de crianza infantil principalmente relacionado con la ansiedad es la sobreprotección, siendo tal vez el más consistente como factor generador de la fobia social (Hudson y Rapee, 2000).

El grado de restricción de contactos e interacciones sociales que los miembros de la familia, y especialmente los padres, tengan con otros miembros de la comunidad, parece ser otro factor de importancia en la génesis y desarrollo de los trastornos de ansiedad y evitación social en los niños. Grados altos de restricciones sociales disminuyen las posibilidades de exposición de los niños a situaciones sociales, deteriorando el proceso de socialización (Hudson y Rapee, 2000). La restricción social afectará la oportunidad del niño de exponerse a diferentes agentes de socialización y aprender la variedad de conductas sociales necesarias para adaptarse e insertarse en la comunidad. El déficit de exposiciones al grupo de iguales disminuirá la posibilidad de que el niño adquiera un repertorio de comportamiento de acercamiento e interacción social con otros niños, lo que puede conducir a que la presencia de iguales constituya una situación por sí misma provocadora de ansiedad, estado emocional que 'hay que evitar', incrementando así el déficit de habilidades

sociales y el riesgo de desarrollar una fobia social.

En casos de padres que ellos mismos presentan problemas de ansiedad y evitación social, deliberada o inadvertidamente, pueden enseñar a sus hijos que las situaciones sociales son peligrosas y dañinas. Probablemente, semejante forma de 'enseñanza' pueda producirse a través de un proceso de modelado, en el cual el niño accede a la observación de la conducta socialmente ansiosa de sus padres y a las verbalizaciones autodescalificadoras que ellos hacen acerca de sus dificultades en la interacción con los demás. A lo anterior podría agregarse también el control instruccional que los padres ejercen sobre los niños al establecer reglas o descripciones verbales acerca de los riesgos y conflictos vinculados a un posible contacto social, sobredimensionados por sus propias aprensiones. El cuadro que se genera es, entonces, que, dada la combinación entre un ambiente restringido socialmente y la influencia modeladora que ejercen padres socialmente ansiosos sobre sus hijos, el desarrollo de un trastorno de ansiedad y evitación social en un niño podría estar transmitido por las experiencias familiares generadas por el comportamiento fóbico a nivel social de los padres. En semejante ambiente familiar, si algún hijo se 'salva' de presentar un trastorno de esta naturaleza se debería a la influencia de factores de diferencias individuales, los cuales podrían deberse a la transmisión de una baja predisposición genética para la ansiedad. A este respecto, bajo condiciones de crianza en ambientes familiares propicios para la ansiedad social, un asunto de interés científico y clínico acerca de la transmisión genética versus adquirida de la ansiedad social es el estudio de los procesos que, aún bajo

condiciones ambientales adversas, 'inoculan' a determinados niños los componentes básicos que llevan a una fobia social generalizada o a un TPE.

Factores ambientales

El desarrollo de un trastorno de ansiedad y evitación social puede también deberse a, o ser desencadenado por, otros factores ambientales que, aunque de una u otra manera se relacionen con experiencias del ambiente familiar, su génesis se ubica en experiencias extrafamiliares. Entre los factores ambientales que se han informado como relacionados con la historia de vida de personas con fobia social se encuentran las experiencias sociales traumáticas, tales como provocar la risa burlona en los iguales o cometer un error en situaciones de exposición ante los demás, como salir frente a la clase, una primera cita, hablar en público o participar en una fiesta (Hudson y Rapee, 2000). También el rechazo de los iguales y, por consiguiente, el aislamiento social son factores que están asociados a la fobia social. Los estudios retrospectivos revelan que determinadas experiencias durante la infancia, como la incompetencia social, la impopularidad, la timidez y el juego solitario están relacionados con la fobia social, lo que puede deberse a un temperamento ansioso que hace que el niño se comporte de modos que lo apartan de otros niños o lo hacen más susceptible a la burla, la intimidación o el rechazo por los demás, aumentando así su aislamiento y su falta de habilidad social (Caballo, 1993; Monjas y Caballo, 2002; Hudson y Rapee, 2000). Además, las enfermedades durante la infancia, especialmente si son prolongadas y/o invalidantes, pueden disminuir las oportunidades para adquirir habilidades sociales contribuyendo de este

modo, al desarrollo de la timidez, aislamiento y ansiedad social. Finalmente, los resultados son contradictorios entre los estudios acerca de una eventual mayor propensión a la fobia social en los primogénitos que en los demás hijos (Hudson y Rapee, 2000; Rapee y Melville, 1997).

Factores de desarrollo

Desde muchas fuentes diferentes se sostiene que los problemas de ansiedad y evitación social cristalizan en trastornos propiamente como tal en el período de la adolescencia. Es en este período de la vida cuando se inician en forma categórica las demandas de la comunidad por destrezas sociales de los jóvenes para que encuentren su lugar dentro del sistema social. Es también en la temprana adolescencia el período del desarrollo en el que se incrementa el grado de conciencia sobre uno mismo, mediante el cual el individuo tiene la habilidad de darse cuenta de la evaluación de los demás. Es posible que este aumento de la conciencia de uno mismo actúe como desencadenante en el inicio de los miedos sociales (Hudson y Rapee, 2000), sobre todo si existen déficit previos de habilidades sociales y/o baja autoestima que tornen al joven más susceptible y vulnerable a la crítica y desaprobación por los demás.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y EVITACIÓN SOCIAL

Para el tratamiento de TPE se han llevado a cabo diversas formas de intervención, tanto farmacológicas como psicológicas. Estas últimas están fundamentadas en métodos y epistemologías muy distintas entre sí,

pero, a la luz de la evaluación de los resultados terapéuticos, revelan coincidencias intrigantes acerca de los procesos psicopatológicos subyacentes a este trastorno (Hofmann, Lippe y Bufka, 1999).

Tratamiento farmacológico

El uso de psicofármacos para el TPE suele ser un tratamiento de carácter sintomático y está orientado a controlar los síntomas de la ansiedad y depresión. Se utiliza también para las ocasiones en las que se presenta irritabilidad por la sobreactivación del sistema nervioso autónomo simpático. Aunque los estudios varían en muchos aspectos, la evidencia preliminar tiende a apoyar la administración de benzodiazepinas, SSRI y varias formas de IMAO que pueden ser eficaces para el tratamiento del TPE o de patrones de evitación asociados con las fobias sociales (Reich, 2000). De los 14 estudios sobre tratamiento de la fobia social y TPE revisados por el citado autor, ocho corresponden a tratamientos psicológicos y seis a farmacológicos, pero desafortunadamente, en ninguno de ellos se compara la eficacia diferencial entre los tratamientos psicológicos y los farmacológicos. Tampoco esos estudios muestran ninguna evidencia acerca de si existe o no un posible efecto sinérgico entre estas dos modalidades de tratamientos de los trastornos de ansiedad y evitación social.

Tratamiento cognitivo-conductual

La literatura que aborda los trastornos de la personalidad desde la posición cognitivo-conductual no es muy extensa y se ha centrado principalmente en la modificación de conductas problemáticas específicas. Técnicas como el entrenamiento en relajación, procedimientos que utilizan la imagi-

nación, el modelado, la economía de fichas o el entrenamiento en habilidades sociales parecen haber resultado eficaces para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Piper y Joyce, 2001), aunque, en general, no se respira mucho optimismo a la hora de modificar estos patrones de comportamiento (Caballo, 1998, 2001). Sin embargo, este tipo de técnicas han abordado más bien síntomas concretos que comportamientos globales. La modificación de éstos requiere de programas más amplios y complejos, de los que las técnicas anteriores pueden ser componentes importantes. Los objetivos generales de tratamiento de estos programas podrían especificarse en cuatro niveles (Sperry, 1999):

1º nivel: Disminuir los síntomas

2º nivel: Modular la dimensión temperamental de la personalidad

3º nivel: Reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral

4º nivel: Modificar el carácter o los esquemas de la personalidad

El autor anterior señala que los niveles 2 y 4 implican modificación, que no reestructuración radical, y que la intervención en los niveles 1 y 3 es más fácil que en los otros dos. La modulación del temperamento (o normalización de la respuesta afectiva, cognitiva o conductual que es insuficiente o excesiva) tiene que producirse antes que la modificación de la estructura del carácter o los esquemas.

En general, se puede afirmar que entre los trastornos de la personalidad descritos en el DSM-IV-TR, el TPE es uno de los que más parece beneficiarse con una intervención psicoterapéutica oportuna (Hope, Herbert y White, 1995). La intervención con el TPE puede ser muy similar a la que tiene lugar con el trastorno del Eje I "Fobia social

generalizada" (véase Caballo, Andrés y Bas, 1997, para un programa sistemático cognitivo-conductual con este síndrome). En general, dependiendo de la etiología que se le ha supuesto a la evitación interpersonal y a la ansiedad social del TPE, se han empleado una serie de estrategias de tratamiento:

1. *Entrenamiento en relajación* con o sin *desensibilización sistemática*, utilizadas para disminuir la ansiedad asociada con los encuentros sociales problemáticos.

2. *Entrenamiento en habilidades sociales*, con los elementos del ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación/reforzamiento y las tareas para casa.

3. *Terapias cognitivas* dirigidas a eliminar las suposiciones, atribuciones, y auto-verbalizaciones asociadas frecuentemente con las ansiedades sociales.

4. *Técnicas de exposición*, utilizadas conjuntamente con uno o varios de los procedimientos anteriores.

Se ha señalado que aunque los beneficios del tratamiento pueden no ser muy visibles inmediatamente después de un periodo de terapia, con un período más largo de exposición a las situaciones evitadas las mejoras pueden hacerse evidentes (Sutherland y Frances, 1995). Sin embargo, estos autores insisten en la importancia de la reestructuración cognitiva para el mantenimiento de las ganancias debidas al tratamiento por parte de los sujetos con un TPE. Seguidamente expondremos brevemente dos enfoques de la intervención con el TPE (Caballo, 1998, 2001).

La terapia cognitiva, de Beck

Beck y Freeman (1990) plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones

y pensamientos disfuncionales. Abogan por una identificación de pensamientos automáticos de los sujetos durante las primeras fases de la entrevista, pensamientos que pueden sacarse a la luz cuando los pacientes manifiestan un cambio de afecto, en medio de una discusión, o al final de la sesión. Una vez expresados, los pensamientos automáticos pueden evaluarse de distintas maneras. Beck y Freeman (1990) proponen el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para los sujetos con un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar. La representación e inversión de papeles para evocar pensamientos automáticos disfuncionales es también muy útil en este caso.

Para algunos sujetos con un TPE, el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento necesario, con el fin de que tengan una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Parte de la terapia se dedica también a identificar y comprobar los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Primero, el paciente aprende la base evolutiva de los esquemas negativos. Luego esos esquemas se ponen a prueba por medio de experimentos predictores, observación dirigida y representación de los primeros incidentes relacionados con los esquemas. Finalmente, los pacientes empiezan a darse cuenta y a recordar datos antiesquema sobre ellos mismos y sus experiencias sociales. Beck y Freeman (1990) colocan como la última fase de la terapia la prevención de las recaídas, ya que los pacientes con un TPE pueden recaer fácilmente en la evitación. En esta última fase se emplean ejercicios conductuales y cognitivos. Entre los primeros se encuentran actividades como establecer

nuevas amistades, profundizar en las amistades existentes, intentar nuevas experiencias, etc. Antes de terminar la terapia, terapeuta y paciente tienen que desarrollar un plan para que éste continúe con la terapia por sí mismo una vez que la terapia formal haya terminado.

La terapia cognitivo-interpersonal, de Alden

Alden (en prensa) ha propuesto la terapia cognitivo-interpersonal para el tratamiento de los sujetos con un TPE. Los objetivos de esta intervención son el estimular a los pacientes a que examinen de forma objetiva su conducta social, que identifiquen creencias inadecuadas o anticuadas sobre sí mismos y sobre las reacciones de los demás hacia ellos que perpetúan patrones conductuales ineficaces, que experimentan con nuevas estrategias conductuales en las interacciones sociales, y que observen cómo los cambios de su comportamiento generan diferentes consecuencias sociales. Este proceso a menudo conduce a discusiones con respecto a creencias más profundas sobre sí mismos y sus patrones interpersonales, algo que resulta beneficioso identificar y discutir. Alden (en prensa) utiliza las siguientes estrategias específicas para conseguir esos objetivos:

1. *El autorregistro.* Se utiliza para que el paciente observe las situaciones sociales desde una perspectiva objetiva y que lleve a cabo un análisis racional de lo que ocurrió.

2. *Modificación cognitiva: estrategias de primer nivel.* Al revisar el autorregistro del paciente, el terapeuta puede realizar algunos pasos preliminares para modificar las creencias y los procesos cognitivos inadecuados. El objetivo de estas estrategias de las primeras fases es colocar las bases probatorias para un trabajo cognitivo pos-

terior y más profundo. Por lo tanto, estas estrategias deberían centrarse en situaciones específicas, en vez de en patrones globales.

3. *Activación conductual.* Desde el principio del tratamiento, el terapeuta debería animar a los pacientes con un TPE a que aumenten sus actividades. El objetivo de las estrategias de activación conductual es sacar a los sujetos fuera de sus rutinas y reducir sus temores hacia las situaciones y actividades no familiares.

4. *Exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor.* La exposición a las situaciones temidas es un elemento esencial en el tratamiento de la evitación y la ansiedad sociales. Tan pronto como sea posible, se debe animar a los pacientes para que se expongan a las situaciones sociales que temen y realicen los tipos de conductas que les ponen ansiosos (p.ej., iniciar interacciones, expresar opiniones personales, etc.). La exposición se ayuda con elementos del procesamiento de la información (p.ej., expectativas negativas) y, en los casos más graves de evitación, con estrategias de ensayo y de activación conductuales (antes de exponerse a las situaciones temidas).

5. *Ensayo de conducta.* El ensayo de conducta se utiliza para apoyar la confianza en sí mismo del paciente y aumentar, por consiguiente, la probabilidad de implicarse en la situación y experimentar un resultado positivo.

6. *Modificación cognitiva: estrategias de segundo nivel.* Conforme progresa la terapia, el terapeuta pasa a estrategias de las fases intermedias que se centran en patrones cognitivos más generales, como los sesgos perceptivos negativos y el razonamiento con base en las emociones, que suelen caracterizar a los pacientes con un TPE.

7. *Modificación cognitiva: estrategias de tercer nivel.* En las últimas etapas del tratamiento de un paciente con un TPE, es probable que surjan temas más profundos relativos al sentido de sí mismo y al patrón de sus relaciones con los demás. El autorregistro, la exposición conductual y las estrategias de reestructuración cognitiva conducirán a los pacientes a contemplar de qué manera se ven a sí mismos y cómo desarrollaron los temores que los mantienen aislados. En este tercer nivel, el terapeuta aborda las creencias nucleares de la persona sobre sí misma y sobre los demás.

El programa propuesto por Alden (en prensa) parece un tratamiento prometedor para el TPE y versiones anteriores de ese programa han producido resultados positivos a este respecto (p.ej., Alden, 1989). En la Tabla 2 podemos observar un resumen de los procedimientos utilizados para la modificación del trastorno de la personalidad por evitación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como hemos visto a lo largo del presente trabajo, existe un considerable solapamiento entre la fobia social generalizada y el TPE. Si bien esto incita a la confusión y a problemas de diagnóstico, tiene la ventaja de que gran parte de los procedimientos terapéuticos que se han mostrado útiles para la fobia social pueden servir igualmente para el tratamiento del TPE. No obstante, es necesaria una mejor delimitación del trastorno. Quizás la creación de una amplia categoría donde se incluyan todos los problemas que tienen como síntoma fundamental los temores interpersonales puede aclarar este campo.

No parece nada clara tampoco la etiología del TPE. Si bien algunos indicios apuntan a una mezcla de factores genéticos (como, p.ej., la inhibición conductual), factores parentales de educación (como la sobreprotección) y factores ambientales relacionados los iguales (como la exposición al ridículo antes los demás), poco se sabe de la verdadera etiología del TPE.

Tabla 2. Resumen de los procedimientos cognitivo-conductuales utilizados para el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación (tomado de Caballo, 2001).

Tratamiento similar al de la fobia social generalizada
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en relajación (con o sin DS) • Entrenamiento en habilidades sociales • Reestructuración cognitiva • Mejora de la autoestima • Técnicas de exposición • Terapia cognitivo-interpersonal, de Alden <ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro - Modificación cognitiva (3 niveles) - Activación conductual - Exposición a las conductas y situaciones que teme - Ensayo de conducta

Finalmente, debemos señalar que a diferencia de muchos otros trastornos de la personalidad, sí existen procedimientos eficaces cognitivo-conductuales para la intervención sobre este trastorno. Gran parte de las estrategias empleadas con la fobia social generalizada pueden ser útiles con el TPE. No obstante, los pacientes que padecen un trastorno de la personalidad por evitación o una depresión parecen experimentar un mayor grado de sufrimiento psicológico dentro de la variedad de alteraciones psicopatológicas usualmente abordadas por los terapeutas. Las personas con un TPE padecen de intensas, permanentes y dramáticas emociones negativas que interfieren gravemente en todos los planos de sus vidas, por lo que se sienten a sí mismos como personas repelentes y despreciables para los demás, pero, sobre todo, para ellos mismos. El sentimiento de que son personas despreciables pero que anhelan sentirse apreciados constituye un permanente conflicto experiencial, transformándose en un ciclo autoperpetuador de soledad que provoca una profecía que se cumple a sí misma. Este conmovedor estado de sufrimiento autogenerado implica también a la relación terapéutica, en la que las competencias profesionales, la búsqueda de métodos eficaces y el compromiso personal del terapeuta son requisitos para producir el vínculo y el éxito terapéutico. La patética alteración de la imagen de uno mismo, con el consiguiente deterioro de la autoestima, que presentan estos pacientes, hacen del TPE un problema urgente de investigación en psicología clínica, necesitando de un diseño innovador y del desarrollo de nuevos métodos terapéuticos que sean diferencialmente eficaces, descriptibles y replicables para abordar humana y científicamente la reorganización de la imagen de uno mismo

y la mejora de la autoestima de los pacientes con un TPE.

REFERENCIAS

- Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 756-764.
- Alden, L. E. (en prensa). Tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En V. E. Caballo (dir.), *Descripción, evaluación y tratamiento de los trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Alden, L. E. y Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interaction. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 497-505.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición-Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: Autor.
- Barber, J. P. y Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 951-958
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Bellack, A. S. y Hersen, M. (1990), Editorial commentary: Social phobia. En A. S. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of comparative treatment for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M. y Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 904-915.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, V. E. (1995). Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1996). Trastornos de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificados. En V. E. Caballo, G. Buela y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 2* (pp. 159-202). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2* (pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 579-605.
- Caballo, V. E. y Álvarez-Castro, S. (1995, julio). *Some psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) in a Spanish sample*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague, Dinamarca.
- Caballo, V. E., Andrés, V. y Bas, F. (1996). Fobia social. En V. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1* (pp. 25-87). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Turner, R.M. (1994, noviembre). Behavioral, cognitive, and emotional differences between social phobic and non-phobic people. Comunicación presentada en la 28th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Caballo, V. E. y Turner, R. M. (1997, november). *Generalized and discrete social phobia: Specific or general causal processes*. Comunicación presentada en la 31st Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Miami Beach, Florida.
- Caballo, V. E. y Valenzuela, J. (2001). Evaluación de los trastornos de la personalidad por medio de un nuevo instrumento de auto-informe: el CEPER. *Psicología Conductual*, 9, 551-564.
- Catarineu, S. y Gili, M. (1998) Modelos psicológicos y psicobiológicos de la personalidad. En M. B. Arroyo y M. Roca (dirs.), *Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento, perspectiva psicobiológica* (pp. 19-44). Barcelona: Masson.
- Clark, D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heinberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.
- Coolidge F. L., Segal, D. L., Hook, J. N. y Stewart, S. (2000) Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 157-172
- Dreessen, L., Arntz, A., Hendriks, T., Keune, N. y van den Hout, M. (1999). Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: A pilot study with pragmatic inference task. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 619-632
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., Scarpato, A., Vigliaturo, D., Rosi, S., D'Adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C., y Abrardi, L. (2000). Epidemiology of social phobia: A clinical approach. *European Psychiatry*, 15, 17-24
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12, 445-450.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. S. Jacobson (dir.), *Psychotherapists in clinical practice. Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy for social phobia. En A. S. Bellack

- y M. Hersen (dirs.), *Handbook of comparative treatment for adult disorders*. Nueva York: Wiley.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E. y Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry, 15*, 29-37.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. y Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 332-339.
- Hofmann, S. G. (2000). Treatment of social phobia: Potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 3-16.
- Hofmann, S. G., Lippe, W. y Bufka, L. F. (1999). Why do personality disorder change? Possible explanations from cognitive and psychodynamic models. *Psychiatric Annals, 29*, 725-729.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Ehlers, A. y Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 224-231.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G. y Hope, D. A. (1992). Avoidant Personality Disorder and the generalized subtype of Social Phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 318-325.
- Hope, D. A., Herbert, J. D. y White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 399-417.
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification, 24*, 102-129.
- Jansen, M., Arntz, A., Merckelbach, H. & Mersch, P. P. (1994) Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 391-395.
- Jones, W. H. y Russell, D. (1982). The Social Reticence Scale: An objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment, 46*, 629-631.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. y García-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development, 55*, 2212-2225.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Heaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry, 49*, 273-281.
- Leary, M. R. Kovalsky, R. M. y Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancy. *Journal of Research in Personality, 22*, 308-321.
- Lucock, M. P. y Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 297-302.
- McNeil, D. W., Vrana, S. R., Melamed, B. G., Cuthbert, B. N. y Lang, P.J. (1993). Emotional imagery in simple and social phobia: fear versus anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 212-225.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig.: 1996).
- Monjas, M. I. y Caballo, V. E. (2002). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 271-297). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana. (Orig.: 1994).
- Phillips, K. A. y McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 229-236.

- Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment outcome. En W. J. Livesley (dir.), *Handbook of personality disorders* (pp. 323-343). Nueva York: Guilford.
- Rapee, R. N. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M. y Melville, L. F. (1997). Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11.
- 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, 151-159.
- Schneier, F.R., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Fyer, A.J. y Liebowitz, M.R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 496-502.
- Sperry, L. (1999). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV personality disorders*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Stopa, L. y Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Sutherland, S. M. y Frances, A. (1995). Avoidant personality disorder. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatments of psychiatric disorders*, 2ª edición (pp. 2345-2355). Washington: American Psychiatric Press.
- Trower, P. y Gibert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1989). Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, pp. 35-40.
- Turner, S. M. Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992). Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review*, 16, 157-172.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized Social Phobia versus Avoidant Personality Disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.
- Woody, S. R., Chambless, D. L. y Glass, C. R. (1997). Self focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.