

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



**“PROTOCOLO DEL TRASTORNO ANSIOSO DE LA PERSONALIDAD
(CON CONDUCTA DE EVITACIÓN)”**

PROCESO: COMPLEMENTARIO TERAPEUTICO

SUBPROCESO: SALUD MENTAL

22 de Diciembre del 2023

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Dra. Álvarez Bayas Tania Fabiola	Especialista en Psiquiatría	
	Dr. Cabezas Francisco Santiago	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Gómez Coello Cadena Daniel	Psicólogo Clínico	
	Dra. Granda Vivanco Verónica Salomé	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Muñoz Benavides María Isolina	Psicóloga Infantil	
	Psc. Proaño López Andrea Carolina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Sánchez Carvajal Mirella Patricia	Psicóloga Clínica	
	Dr. Torres Dávila Sandra Genoveva	Especialista en Psiquiatría	
	Psc. Zea Pachacama Paola Cristina	Psicóloga Clínica	
	Psc. Silvia Moserrat Chávez Lucero	Psicóloga Clínica	
Revisado por:	Lic. Fanny Marisol Basantes	Responsable de Gestión de Calidad	
Validado por:	Dra. Ximena Alexandra Ríos	Dirección Asistencial	
Aprobado por:	Dr. Juan Pablo Velasco	Gerente del HGDC	

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo”.

Contenido

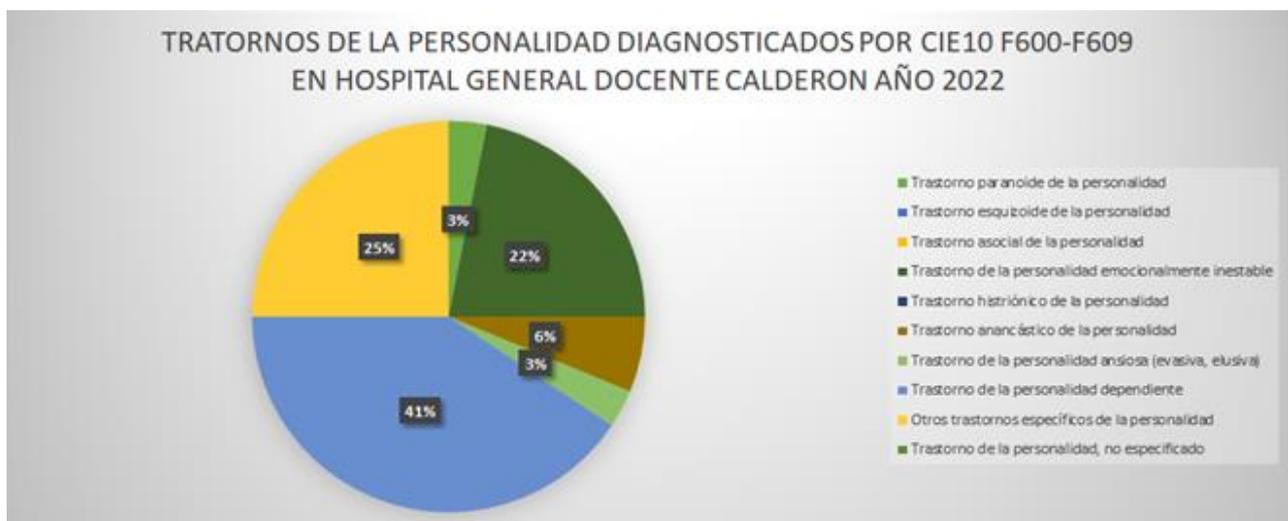
1. INTRODUCCIÓN:.....	4
2. OBJETIVO.....	6
3. ALCANCE	6
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:	6
5. DIAGNÓSTICO	9
5.1 Exámenes de gabinete.....	10
5.2 Escalas de estratificación	10
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	10
7. TRATAMIENTO.....	11
7.1 Farmacológico:.....	11
7.2 No farmacológico.....	14
7.3 Tratamiento de especialidad.....	17
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	17
9. BIBLIOGRAFÍA.....	18
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	19
11. ANEXOS	19
12. Diagrama de flujo.....	20

1. INTRODUCCIÓN:

El área de Especialidades en Salud Mental está desarrollando protocolos que guíen la intervención en las patologías de mayor morbilidad, atendidas en el Hospital General Docente de Calderón (HGDC).

El trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad (TPE) según datos del área de estadística del HGDC de un total de 4675 pacientes atendidos en consulta externa y diagnosticados de trastornos de personalidad de 20-49 años, en el año 2022, el 3% (140) corresponden a dicho trastorno. De estos datos, el 78% (28) son mujeres y el 22% (8) Hombres (Área de estadística (HGDC), 2019).

Figura 1.



El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – revisado (DSM IV TR), señala que la prevalencia del TPE es de 0,5 y 1% de la población en general y se ha descrito en el 10% de los pacientes de consulta ambulatoria atendidos en las clínicas de salud mental. Además, menciona que no existe una predominancia en cuanto a sexo (American Psychiatric Association, 2000).

En un estudio realizado por Jiménez y Pérez (2022) constataron que los trastornos de personalidad tienen una incidencia del 7 a 12% en la población mundial. En su estudio efectuaron una revisión en diferentes investigaciones sobre trastornos de personalidad (TP), encontraron que los TP con mayor prevalencia son los TP tipo A con un 5.5%, los TP tipo C con una prevalencia de 2.3% y los TP tipo B con una prevalencia del 2.1%. Se puede evidenciar que el trastorno de

personalidad tipo C (evitativo, dependiente, y obsesivo-compulsivo), mantiene el segundo lugar. (Jiménez Puig & Pérez Leiva, 2022)

Robles, Mata, Sánchez, et al (2016), realizan el estudio de concurrencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad, encontrando que la ansiedad generalizada presenta mayor tasa de diagnósticos múltiples de trastornos de personalidad, y entre ellos los principales fueron: esquizoide, dependiente, autodestructiva, evitativa y compulsiva (Robles Ortega, y otros, 2016).

Caballo, Salazar, Irurtia, et al (2010), realizaron un estudio sobre las relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad, realizado con estudiantes en la Universidad de Granada, concluyeron que la ansiedad social se relaciona positiva y severamente con los tipos y trastornos de personalidad evitativa, dependiente y depresiva (Caballo, Salazar, Iruria, & Arias B, 2010).

Caballo, Guillén y Salazar (2009), realizaron un estudio acerca de los estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo, realizado con estudiantes de diferentes carreras de la Universidad de Granada, encontrando que los estilos de personalidad son diferentes entre hombres y mujeres. Los hombres tuvieron puntuaciones altas en estilos antisocial, sádico y narcisista, mientras que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en estilos límite, evitativo, dependiente y depresivo (Caballo , Guillén , & Salazar , 2009).

Echeburúa, Izaskun (2001) al realizar una revisión de artículos para conocer el estado actual de la comorbilidad entre las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad, encontraron que los trastornos de personalidad más frecuentes en la anorexia son el obsesivo, evasivo y dependiente (Echeburúa & Marañón , 2001).

Dentro de las comorbilidades de este trastorno, se tienen los trastornos de ansiedad, la fobia social. Con este último comparten mucha sintomatología, que incluso genera dificultad en su diagnóstico diferencial. Para Carlos Mirapeix (2009), refiere que esta similitud de síntomas hace que la separación entre el eje 1 y el eje 2 sea cuestionada (Palomo & Vallejo , 2009).

Para Beck y Freeman (1995), estos están asociados con trastornos de ansiedad, como la ansiedad fóbica, generalizada, con la depresión mayor, la distimia, trastornos de abusos de

sustancias (para bajar los niveles de ansiedad), trastornos del sueño, trastornos somatomorfos (beneficio secundario para la evitación social) (Beck & Freeman, 1995).

2. OBJETIVO

Dotar a los profesionales de Salud Mental del HGDC de directrices para el diagnóstico y tratamiento del TPE en consulta ambulatoria, hospitalización y emergencia.

3. ALCANCE

Este protocolo será aplicado por el equipo de salud mental en los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Definir personalidad puede ser una tarea compleja, ya que cada definición fue realizada por un teórico bajo su perspectiva teórica del concepto mismo. Existen varias corrientes psicológicas y cada una dará un concepto de acuerdo a su visión (Engler, 1996). Existen corrientes que se expresan desde la conducta de las personas, otros desde la subjetividad, otros del contexto psicosocial donde se desenvuelve, una definición adecuada involucra, todos los aspectos relacionados al ser humano.

Según Schultz y Schultz (2010) refiere que “la personalidad son características externas y visibles a esos aspectos que la gente percibe” (Schultz & Schultz, 2010). Mencionan que la palabra personalidad deriva del latín persona, según el autor lo asocia con una máscara que se muestra a las personas que nos rodean, permitiendo presentar un aspecto externo de nosotros mismos. Existen varias teorías de la personalidad cada enfoque es distinto y engloba la subjetividad de cada autor; como por ejemplo Sigmund Freud postula la teoría de las 3 estructuras de la personalidad (el ello, el yo y el super yo), fue una base teórica para continuar con más investigaciones, el conductismo con la teoría del ciclo vital, la teoría de rasgos, entre otros. (Schultz & Schultz, 2010)

Allport (1937), es el autor de una de las definiciones clásicas más utilizadas, aunque no por todos los teóricos (Cloninger, 2003). Refiere que *la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característico* (Cloninger, 2003).

Con el afán de no entrar en detalles y conflictos entre las diferentes definiciones de las escuelas psicológicas, se plantea que la personalidad es una estructura bio-psico-social, dinámicamente integrada, que permite que una persona responda de manera individual y le permite una adecuada adaptación a diversos contextos en el que se desarrolla.

Un trastorno de personalidad es definido por la CIE 10 como una forma de comportamiento anormal, falta de armonía que afecta varios aspectos de la personalidad, formas de pensar, percibir, control de impulsos, estilos de relacionarse con las demás personas. Es generalizado en las diferentes esferas en la que se desenvuelve la persona, es desadaptativa, aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la etapa adulta (Organización Mundial de la Salud. CIE 10, 1992).

Oldham y Morris (1995) refiere que, dentro de las características de la personalidad de tipo sensible, están: preferir lo habitual y rutinario; tienen pocos amigos de confianza; aunque les cuesta confiar en la gente, son amables corteses, pero distantes emocionalmente; muy hogareños; tienen una preocupación excesiva por lo que la gente pueda pensar de ellos; son discretos; tienen mucha imaginación. En algunos casos se desarrollan estrategias de afrontamiento contrafóbicas, que significa afrontar a las situaciones temidas, para no sentirse atrapados por sus emociones (Oldham & Morris, 1995).

Para Manjarrez-Gutiérrez (2020), el trastorno de personalidad evasiva es similar al trastorno de personalidad ansiosa. Se caracteriza principalmente por una excesiva sensibilidad al rechazo, la humillación, la vergüenza o la crítica, es por eso por lo que el individuo inicia una relación únicamente cuando tiene las garantías de ser aceptado. Además, su baja autoestima y la preocupación permanente por la forma como creen que las personas reaccionarán respecto a ellos, les conduce a elevar sus niveles de ansiedad. (Manjarrez-Gutiérrez, 2020)

La personalidad de tipo evitativa se caracteriza por un temor al rechazo y a la humillación por parte de las demás personas, existe una evitación conductual, emocional y cognitiva. Las personas con TPE tienen interés por las relaciones sociales, están a gusto con personas cercanas a sí mismos, en lugares donde sienten que no van a ser rechazados. Pero justamente ese temor a la crítica, al rechazo, su constante autocrítica, sus creencias negativas sobre sí mismos, la hipersensibilidad con la que valoran las conductas de los demás, hacen que les cueste

relacionarse y prefieran pasar aislados del resto de personas.

Tienen baja tolerancia a la disforia, por ese motivo, además de evitar las situaciones sociales, tienden a evitar pensamientos que les generen tensión, por ello, cambian de actividades para buscar distraerse, y así, no tener pensamientos incómodos y sentirse mejor. Utilizan la evitación para combatir con las emociones incómodas. Tienen un nivel de fantasía alto, ya que sueñan con cumplir muchas de sus metas, pero sin realizar un mayor esfuerzo, ya que el activarse les genera mayor tensión emocional, se plantean muchas excusas y prefieren evadirlos (Beck & Freeman, 1995).

Dentro de la etiología, aunque no se ha llegado a un consenso, se reconoce que tanto factores ambientales como biológicos podrían estar relacionados. Caballo (2004) citando a Hudson y Rapee (2000), refieren que los factores que generan los trastornos de ansiedad y evitación social están agrupados en cuatro grupos principales, y aunque no son específicos para el TPE, explican cómo se podría desarrollar este trastorno (Caballo V. , 2004):

Factores genéticos; en su análisis de las investigaciones que recopilaron, concluyen que se podría heredar una predisposición a la ansiedad, más que una transmisión genética para trastornos específicos de ansiedad y el TPE.

Factores familiares; refieren que existen una interacción de tres factores: los estilos de crianza infantil de los padres (sobreprotectores, indiferentes, punitivos, rechazantes); el modelado parental de la ansiedad social (padre con dificultades en la interacción social, restringidos, con poca interacción social); y la limitada exposición a situaciones sociales (pocos espacios para interactuar socialmente limitan el desarrollo de esta capacidad).

Factores ambientales; Ambientes de rechazo, por gente externa a la familia, como puede serla escuela, compañeros de clase, no ser popular, timidez, incompetencia social.

Factores del desarrollo, los autores antes mencionados señalan que en la adolescencia se desarrolla la conciencia de uno mismo, la cual ante situaciones de tensión social podrían desencadenar los miedos sociales.

Existen diferentes subtipos de desorden por evitación que varían dependiendo de los rasgos que presente cada persona, estos son (Universidad Internacional de la Rioja, 2020):

Desorden por evitación conflictiva; La persona muestra sentimientos ambivalentes y variables sobre sí mismo y los demás, con rasgos negativistas, nerviosismo y permanentemente en conflicto interno. (Universidad Internacional de la Rioja, 2020)

- Desorden por evitación hipersensible; La persona muestra rasgos paranoides, una actitud suspicaz, desconfiada y temerosa a las actitudes de los demás. (Universidad Internacional de la Rioja, 2020)
- Desorden por evitación fóbica; La persona está permanentemente anticipando todos sus temores para poder evitarlos. (Universidad Internacional de la Rioja, 2020)
- Desorden por evitación auto desertora; La persona intenta reprimir cualquier pensamiento o recuerdo doloroso. (Universidad Internacional de la Rioja, 2020).

5. DIAGNÓSTICO

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), utiliza para la valoración de usuarias/os atendidos los criterios diagnósticos de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), por tal motivo a continuación se exponen los criterios diagnósticos ahí descritos (Organización Mundial de la Salud. CIE 10, 1992):

- a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional temor.
- b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
- c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
- d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
- e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
- f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 lo define como *Un patrón persistente de alejamiento del contacto social, sentirse inadecuado e hipersensibilidad a la crítica y el rechazo* (American Psychiatric Association (APA), 2014). Cuyas características principales son la evitación de actividades que impliquen contacto social por temor a ser rechazados, humillados o ridiculizados. Reticencia para involucrarse en grupos hasta estar seguros de ser aceptados. Dificultad para realizar cosas nuevas porque se sienten inadecuados, incapaces para hacerlo, incompetentes, inferiores.

5.1 Exámenes de gabinete

Para el apoyo diagnóstico y descartar comorbilidades se pedirá los siguientes exámenes: Biometría hemática y química sanguínea básica. Se podrá solicitar otros exámenes acordes a los antecedentes de comorbilidades previas en el paciente y/o familiares, así como también condiciones específicas de acuerdo con el género y grupo etario, como son pruebas de embarazo, toxicológico, etc., dependerá del criterio médico. También es importante el descarte de patología neurológica, con el uso de una TAC simple de encéfalo, así como patologías endocrinológicas con la realización de TSH.

5.2 Escalas de estratificación

La valoración se basa en el análisis de la entrevista clínica, sin embargo, se podrían aplicar reactivos psicológicos de acuerdo con el criterio del profesional. Lo que debe diferenciarse es entre características de personalidad que pueden ser parte de la normalidad. Los problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad (Z731), en el cual existen rasgos que empiezan a generar conflictos. Y el TPE, en el cual se cumpliría con todos los criterios mencionados para el diagnóstico.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El DSM IV-TR y en Beck & Freeman, ofrecen algunas pautas para realizar un diagnóstico diferencial de este trastorno (American Psychiatric Association, 2000) (Beck & Freeman, 1995):

En los trastornos de angustia con agorafobia, la persona presenta sintomatología ansiosa, pero se presenta después de una crisis y la frecuencia e intensidad puede variar, mientras que en el TPE tiene un inicio precoz, no tiene un desencadenante definido, y su curso es estable. Además, el miedo en el agorafóbico es a estar en un lugar donde no pueda ser auxiliado en caso de requerirlo, mientras que el miedo en el TPE es a la intimidad con otras personas.

Con la fobia social, comparten el temor a las situaciones sociales, pero se diferencian, en que, en la fobia social, tiende a ser en circunstancias específicas (hablar en público, expresar opiniones en grupo, etc), por lo que en otras circunstancias sociales puede tener mejor respuesta, mientras que en el TPE el temor es general a cualquier circunstancia social, además tienen mayores dificultades en habilidades sociales generales (contacto visual, tono de voz, etc.).

Con el trastorno dependiente de la personalidad (TPD) comparten los sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación, pero se diferencian en que, en el TPE la persona evita situaciones por temor a ser humillado y rechazado, mientras que, en el TPD, busca que se ocupen de sus cuidados y mantiene contacto con personas importantes, porque piensan que sus esfuerzos van a ser recompensados con cuidados y afecto (Beck & Freeman, 1995).

Con los trastornos de personalidad esquizoide y el esquizotípico, comparten el aislamiento social, pero se diferencian en que los dos primeros, se sienten cómodos con esa situación, incluso buscan aislarse, mientras que, en el TPE, las personas desean mejorar su relación con otros, pero tienen miedo de hacerlo y sufren por ello.

Con el trastorno paranoide, comparten la desconfianza hacia los demás, pero se diferencian, ya que, en el primero, existe un temor a que las personas tengan malas intenciones con ellos, mientras que en el TPE existe el miedo a ser considerado inferior.

También se debe diferenciar de trastornos debido a enfermedades médicas o por consumo de sustancias.

7. TRATAMIENTO

7.1 Farmacológico:

El tratamiento de primera línea de los trastornos de personalidad es la psicoterapia, sin embargo, debido a que la sintomatología es muy florida se suelen utilizar diversos psicofármacos para el tratamiento sintomatológico, se recomienda llegar a un diagnóstico preciso para evitar el uso de polifarmacia, para disminuir la frecuencia de efectos secundarios y mejorar la adherencia terapéutica. (Nelson, 2023)

Previo el inicio del tratamiento psicofarmacológico, es necesario evaluar la historia psiquiátrica del paciente, así como antecedentes familiares, antecedentes de uso y/o abuso de sustancias entre otras (Sur S de SA., 2012).

Al momento no se ha aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) un tratamiento específico para los Trastornos de Personalidad, ya que se tiene evidencia limitada para el uso de psicofármacos, con el objetivo de mejorar características específicas de estos

trastornos (Blanco Artola, Gómez Solorzano, & Orozco Matamoros., 2020).

Caballo (2004), refiere que el tratamiento farmacológico está orientado a controlar síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad. En el mismo libro, citando a Reich (2000) refiere que la administración de benzodicepinas, ISRS y varias formas de IMAO pueden ser eficaces para el tratamiento del TPE (Caballo V. , 2004).

Los síntomas más llamativos en los trastornos de personalidad del clúster C, entre ellos el TPE, son la ansiedad y el comportamiento con tendencia a la inhibición, así también suelen asociarse otras comorbilidades del Eje I como son Trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y /o abuso de sustancias, los antidepresivos tipo ISRS, son la primera línea de elección, las benzodicepinas deben ser usadas con cautela por el riesgo de descontrol emocional y de dependencia, siendo el más estudiado el clonazepam (Sur S de SA., 2012).

A continuación, se toma el cuadro de Guerrero, Ferrandis, Carabias, et al (2017), sobre antidepresivos y dosis recomendadas (Guero, Ferrandis, Carabias , & Calabozo , 2017):

Tabla 1.

Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la Serotonina (ISRS) recomendados:			
ISRS	Dosis inicio	Dosis diaria	Dosis Máxima
Fluoxetina	10 mg	20-60 mg	60 mg
Sertralina	25mg	50-150 mg	200 mg
Citalopram	5-10 mg	20-40 mg	Adultos 40 mg Ancianos 20 mg
Paroxetina	10 mg	20-40 mg	50 mg

En el caso de benzodicepinas se recomienda su uso con precaución y en lo posible no por tiempos prolongados, se sugiere no sobrepasar las 3 semanas de uso, desde su inicio hasta su retiro (Rica , 2019) (UNAM, 2007):

Tabla 2.

Benzodiacepina	Dosis	Presentación
Clonazepam	0,25 mg dos veces al día se puede aumentar cada 3 días hasta una dosis máxima de 2 mg dos veces al día.	Tabletas 2 mg. Solución oral 2,5 mg/ml
Alprazolam	0,25 mg – 0,5 mg tres veces al día, hasta dosis máxima de 4 mg por día, repartido en 3 a 4 dosis.	Tabletas de 0,25mg y de 0,3 mg
Lorazepam	1 mg dos veces al día.	Tabletas de 1 y 2 mg

Los estabilizadores del ánimo podrían tener un efecto beneficioso en la ira, impulsividad, ansiedad y el estado de ánimo deprimido (Blanco Artola, Gómez Solorzano, & Orozco Matamoros., 2020). En 3 ensayos se encontró que los estabilizadores de ánimo pueden tener un efecto grande en los síntomas de ansiedad (Nelson, 2023)

Tabla 3.

Estabilizador del ánimo	Dosis	Presentación
Ácido Valproico	Dosis recomendada 1200-1500 mg /día, Dosis inicial de 500 mg / día e ir aumentando según tolerancia de paciente	Capsular de 500 mg
Carbamazepina	400-1200 mg/día, Se recomienda iniciar con 200 mg dos veces por día, aumentar cada semana 200 mg/ día	Comprimidos de 200 mg y tabletas de liberación prolongada de 400 mg
Litio	900-1200 mg /día Se recomienda dosis inicial de 300 mg dos veces al día y realizar ajustes con relación a resultado de litemias	Capsulas de 150-300 y 600 mg

Fuente: Tabla de estabilizadores de ánimo, obtenida la información de la guía del prescriptor (Sthal, 2021)

En cuanto al estrés generado por las alteraciones perceptivas y cognitivas de los trastornos de personalidad. En un metaanálisis se encontró que los antipsicóticos a dosis bajas son efectivos en comparación a estabilizadores de ánimo y antidepresivos para estos síntomas (Nelson, 2023)

Un metaanálisis de cinco ensayos clínicos que comparó los antipsicóticos con placebo en pacientes con trastornos de la personalidad tuvo como resultado un efecto moderado para los síntomas perceptivos-cognitivo. No se encontró efectos de los antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo sobre los síntomas cognitivo-perceptivos. (Ingenhoven, Lafay, Rinne, Passchier, & Duivenvoorden, 2010).

Tabla 4.

Antipsicóticos	Dosis	Presentación
Risperidona	Dosis recomendada 2-8 mg/ día en adultos Niños y adultos mayores 0.5-2 mg /día, La dosis inicial es de 1mg/día divide en dos tomas y aumentar 1 mg /día hasta que se obtenga la dosis requerida.	Comprimidos 1mg-2mg Solución oral: 1 mg/ml
Quetiapina	Dosis recomendada 400-800 mg /día, Dosis inicial: 25 mg /cada 12 horas y aumentar de 25 a 50 mg hasta alcanzar dosis deseada.	Comprimidos de 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg y 400 mg

Fuente: Tabla de estabilizadores de ánimo, obtenida la información de la guía del prescriptor (Sthal, 2021)

7.2 No farmacológico

Los evitadores no encuentran libertad ni consuelo en su propio interior... una persona no puede físicamente evitarse a sí misma, no puede escapar, salir corriendo u ocultarse de ser quién es y cómo es. (Millon y Davis, 1998)

Se debe tener en cuenta algunas consideraciones que se dan en terapia en el tratamiento de este trastorno. Muchas personas acuden con objetivos específicos a modificar, y aunque para el terapeuta sea obvio que parte de sus problemas radican en su trastorno de personalidad, se deben trabajar las metas solicitadas por los pacientes.

El paciente con TPE, puesto que trata de evitar emociones negativas, muchas veces en terapia no realiza las tareas que se envía, o no habla sobre situaciones que le pasan, para

evitar que el terapeuta piense mal de él. Por ello es importante, en terapia preguntar si tiene cosas por decir, pero que le cuesta expresar. Con ello permitimos la expresión de conflictos.

Beck & Freeman (1995), plantean que las personas evitativas cuando establecen una relación tratan de agradar siempre, lo que puede llevar a una conformidad extrema en la terapia y les cuesta realizar una retroalimentación negativa al terapeuta (Beck & Freeman, 1995), se debe trabajar esta situación, enseñándole a ser más asertivo.

Un punto principal donde coinciden los diferentes autores es sobre fomentar la alianza terapéutica, pues este es el espacio donde la persona va a poner a prueba sus pensamientos, supuestos y esquemas disfuncionales. Cabe mencionar que la relación terapéutica es la base de todo trabajo psicológico.

Caballo (2004), refiere que el tratamiento puede ser similar al de la fobia social generalizada. Menciona que dentro de las principales estrategias de tratamiento están: entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas y técnicas de exposición. Para el entrenamiento en habilidades sociales considera que se podría utilizar la terapia de grupo. En el mismo texto cita a Sutherland y Francés (1995), señalan como importante a la reestructuración cognitiva para el mantenimiento de las ganancias (Caballo V., 2004).

Beck & Freeman mencionan que en terapia se identifica y ponen a prueba pensamientos automáticos, esquemas mal adaptados, mediante los métodos cognitivos comunes, uso del método socrático y las técnicas conductuales estándar. Describen que también se puede realizar juego de roles, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas. Es importante tener en cuenta que para estos autores la meta no es eliminar la disforia, sino aumentar la tolerancia a las emociones negativas (Beck & Freeman, 1995).

Almeida (2016) citando a Liebowitz y Heimberg (1997), señala que la psicoterapia combinada con farmacoterapia puede ser muy beneficiosa, ya que los fármacos trabajan a nivel de alivio de síntoma, mientras que la terapia trabaja sobre ambos, y aunque tarda más en tener resultados, existen mayores beneficios al terminarla y menores recaídas (Almeida, 2016).

Inchausti, Prado, Sánchez, et al (2018) realizaron un estudio sobre el trastorno de personalidad por evitación: una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española, donde encontraron que la terapia conductual y la terapia cognitivo conductual

(TCC) parecen ser las intervenciones más eficaces. La terapia psicodinámica breve ha mostrado resultados contradictorios frente a la TCC, y la terapia centrada en esquemas (SFT), también señalada en el estudio como opción terapéutica (Inchausti, Prado-Abril, Sánchez Reales , Vilagra Ruiz, & Fonseca Pedrero, 2018) Además mencionan que la modalidad y duración del tratamiento todavía necesita sistematizarse, tener validación empírica, y se requiere de más investigaciones específicas del tratamiento del TPE para poder definir el tiempo y la modalidad adecuada del mismo.

Lampe y Malhi (2021) reportan que, aunque hay pocas investigaciones, estas concluyen que la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoterapia de esquemas, así como la terapia de apoyo para expresión de emociones, han dado resultados favorables. Destacan que la selección del tratamiento debe basarse en una formulación abarcadora e individualizada que tome en cuenta el funcionamiento emocional y relacional. (Carrasco & Luz, 2021)

Inchausti, Prado, Sánchez, et al (2018) proponen un modelo de terapia para el TPE, llamado Galatea, el cual combina adaptaciones de la terapia individual basada en la mentalización (TBM) y una con tiempos de duración y objetivos de trabajo, que a continuación se describen (28):

- a) Pretratamiento (1-3 sesiones individuales). - Establecer un contrato terapéutico; comprobar la motivación al cambio; implicar al paciente con el tratamiento, evaluar las habilidades metacognitivas y los esquemas interpersonales disfuncionales; consensuar una formulación clínica del caso y los objetivos terapéuticos.
- b) Terapia individual (TBM) (12-18 meses con sesiones). - Favorecer la mentalización; entrenar la autor reflexividad; trabajar con estados mentales actuales; tener en cuenta los déficits del paciente.
- c) Terapia grupal (MIT-G) (4-5 meses con 16 sesiones grupales, combinadas con TBM individual). - Mejorar las habilidades para entender la mente de otros; modificar los esquemas interpersonales disfuncionales; entrenar las habilidades de regulación emocional en grupo
- d) Fase final (6 meses con sesiones individuales); Preparar el fin de la terapia; mantener logros y prevenir recaídas; cerrar la terapia.

Como se puede evidenciar, el tratamiento en trastornos de personalidad requiere trabajar en muchas áreas en las que está involucrado el paciente.

Se debe tener en cuenta que los trastornos de personalidad requieren tratamientos de larga duración, puesto que se trabaja con situaciones más profundas del paciente, muchos de estos esquemas son a través de los cuales ha desarrollado toda su vida, la comprensión de sí mismo y del mundo que le rodea, y mediante el cual busca relacionarse con el otro.

Independientemente del enfoque terapéutico que se ocupe, los objetivos del tratamiento psicológico deben considerar:

- Reestructuración de pensamientos para trabajar creencias erróneas de sí mismo y del entorno.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Resolución de conflictos.
- Manejo o exposición gradual de situaciones temidas.
- Fortalecimiento de su autoestima.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.

7.3 Tratamiento de especialidad

En caso de que los pacientes tengan comorbilidades deberán ser manejadas por las especialidades correspondientes.

8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

- **Hospitalización o Terapia Intensiva:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo el ingreso hospitalario, pero puede requerir hospitalización en caso de que el paciente acuda por un intento autolítico grave, riesgo suicida, consumo de sustancias en estado de abstinencia o con sintomatología psicótica, por otros trastornos del humor.
- **Referencia/Contrarreferencia:** Este diagnóstico no requiere por sí mismo la referencia a un nivel de mayor complejidad, pero podría requerirse un nivel mayor de complejidad debido a comorbilidades que puedan estar asociadas y que sean el motivo de consulta, como el consumo de sustancias, cuadros depresivos graves, intentos autolíticos, riesgo suicida. La referencia se realizará de acuerdo con la normativa vigente.
- **Alta y Referencia Inversa:** Tras disminución de sintomatología principal del cuadro clínico, se referirá al primer nivel de atención para el seguimiento respectivo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida, I. (2016). *Trastorno de personalidad por evitación (Aproximaciones al tratamiento psicológico)*. Coruña: Universidad Santiago de Compostela.
2. American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. England: American Psychiatric publishing.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
4. Área de estadística (HGDC). (2019). *Estadística Hospital General Docente de Calderón*. (Masoon, Ed.) Barcelona.
5. Bermúdez Durán Laura Vanessa, B. M. (Vol.5 Num.9, Setiembre 2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médico Sinergia*.
6. Blanco Artola, C., Gómez Solorzano, N., & Orozco Matamoros., D. (2020). Recuperado el 01 de 04 de 2021, de Actualización de los trastornos de personalidad.: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/437>
7. Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad descripción, evaluación y tratamiento*. . Recuperado el 27 de 10 de 2022, de Síntesis E.: <https://doi.org/84-9756-210-0>
8. Caballo, V. E., Guillén, J. L., & Salazar, I. C. (2009). Recuperado el 27 de 10 de 2022, de Psico: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5161530.pdf>
9. Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruria, M. J., & Arias B, G. J. (08 de 2010). Relationships between social anxiety and personality traits, styles, and disorders. *Behav Psychol Psicol*, 02(259-76).
10. Carrasco, S., & Luz, S. (2021). Recuperado el 29 de 10 de 2023, de Rasgos Evasivos de la personalidad desde una mirada sistémica. Maestría en psicoterapia : <https://hdl.handle.net/20.500.11777/5072>
11. Guerro, D., Ferrandis, V., Carabias, Á., & Calabozo, B. (2017). Recuperado el 09 de 04 de 2020, de ¿Estamos medicalizando los problemas de la vida diaria <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/en/noticias-destacados/destacados/medicalizando-problemas-vida-diaria.print-frame>
12. Inchausti, F., Prado-Abril, J., Sánchez Reales, S., Vilagra Ruiz, R., & Fonseca Pedrero, E. (2018). Recuperado el 09 de 04 de 2020, de The avoidant personality disorder: A proposal for specialized treatment in the spanish national health system: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.002>
13. Jiménez Puig, E., & Pérez Leiva, B. D. (2022). Recuperado el 28 de Octubre de 2021, de Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180071585008/180071585008.pdf>
14. Manjarrez-Gutiérrez, L. (2020). La expresión de los trastornos de personalidad. En DRK (Ed.), *Síntomas mentales, Manual de psicopatología descriptiva* (Sexta Edición ed.). Barcelona: DRK.



15. Mingote Adán José Carlos, M. B. (nº 71 Mayo-Agosto 2022). TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS DE LA GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMÁTICO. *Encuentros Multidisciplinarios*, 1-46.
16. Nelson, K. (2023). Recuperado el 29 de 10 de 2023, de Personality disorders: Overview of pharmacotherapy: https://www.uptodate.com/contents/personality-disorders-overview-of-pharmacotherapy?search=psicofarmacologia%20y%20trastornos%20de%20personalidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
17. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. (1992). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. (Décima ed.). Ginebra: Panamericana.
18. Rica , M. (2019). Recuperado el 09 de 04 de 2020, de Protocolo para la prescripción de psicotrópicos y estupefacientes.: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/servicios-proveeduria-ms/doc_download/158-ministerio-de-salud-informa-a-la-poblacion-en-general-alerta-sobre-productos-4life
19. Robles Ortega, H., Mata Martín, J. L., Sánchez Barrera, M. B., Vera Guerrero, M. N., Pegalajar , j., & Mezcuca, A. (01 de 2016). Concurrencia de los trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad. *Rev. Psicol.*, 1(17).
20. Sthal, S. M. (2021). *Psicofarmacología esencial de Stahl: Guía del prescriptor* (Sèptima ed.). (M. Grady, Ed.) Madrid: aulamédica.
21. Universidad Internacional de la Rioja. (2020). Recuperado el 2020 de Enero de 27, de Trastorno de personalidad por evitación ¿cuál es su tratamiento?: <https://www.unir.net/salud/revista/trastorno-personalidad-por-evitacion/>

10. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
22 de diciembre del 2023	Versión Inicial	N/A	001

11. ANEXOS

11.1. Flujo de manejo de trastorno ansioso

12. Diagrama de flujo, ver link https://drive.google.com/file/d/1I2tMg7QcMnCkpk93gQbi70RljJeU20Ku/view?usp=drive_link

