

PERSONA



Volumen 6
Suplemento 5
Julio 2006



Trastorno de Personalidad Evitativo: Actualización
Eduardo Nicenboim

IAEPD

Instituto Argentino para el Estudio
de la Personalidad y sus Desórdenes

Indice

- 3** **Comité**
- 4** **Editorial**
- 5** **Editorial (English)**
- 6** **Trastorno de Personalidad Evitativo: Actualización**
Eduardo Nicenboim
- 23** **Reglamento de publicaciones**
- 24** **Instructions to authors**

Comité

Editor Fundador:

Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky

Editores Asociados:

Prof. Dra. Claudia Astorga

Prof. Dra. Adhelma Pereira

Colaboradores:

Dr. Alvaro Galeano

Lic. Jimena Monti

Comité Editorial:

Prof. Ricardo Angelino (Argentina)

Prof. Edgar Belfort (Venezuela)

Prof. Jorge Folino (Argentina)

Prof. Eduardo Gastelumendi (Perú)

Prof. Eduardo Mata (Argentina)

Prof. Hilda Morana (Brasil)

Prof. José Rivas Recaño (Cuba)

Prof. Danilo Rolando (Uruguay)

Prof. Roberto Sivak (Argentina)

Prof. Dante Warthon (Perú)

Comité Científico Consultor:

Prof. Julio Acha (Perú)

Prof. Renato Alarcon (EEUU - USA)

Antonio Andreoli, MD. (Suiza - Switzerland)

Prof. Thomas Bronisch (Alemania - Germany)

Prof. Vicente Caballo (España-Spain)

Prof. José Luis Carrasco Perera (España - Spain)

Prof. José Luis Carrera (Argentina)

Prof. Herbert Chappa (Argentina)

Robert Cloninger, Md. (EEUU - USA)

Prof. Jan Derksen (Holanda - The Netherlands)

Prof. Héctor M. Fernandez Alvarez (Argentina)

Arthur Freeman MD. (EEUU - USA)

Prof. Hugo Lande (Argentina)

Prof. Fernando Linares (Argentina)

John Livesley, Ph. D., MD. (Canada)

Prof. Juan Maass (Chile)

Cesare Maffei, MD. (Italia - Italy)

Prof. Juan Mezzich (Perú - USA)

Theodore Millon, Ph.D. (EEUU - USA)

Gerard Moeller, MD. (EEUU - USA)

Prof. Roger Montenegro (Argentina)

Prof. Norma Najt (Argentina)

John Oldham, MD. (EEUU - USA)

Joel Paris, MD. (Canada)

Prof. Antonio Perez Urdaniz (España - Spain)

Elsa Ronningstam Pd.D. (EEUU - USA)

Prof. Vicente Rubio Larrosa (España - Spain)

Prof. Jerónimo Saiz Ruiz (España - Spain)

Larry J. Siever, MD. (EEUU - USA)

Kenneth Silk, Md. (EEUU - USA)

Erik Simonsen, MD. (Dinamarca - Denmark)

Prof. Néstor Stingo (Argentina)

Michael Stone, MD. (EEUU - USA)

Prof. Dr. Manuel Suarez Richards (Argentina)

Peter Tyrer, MD. (Inglaterra - United Kingdom)

Per Vaglun, MD. (Noruega - Norway)

Prof. Angel Valmaggia (Uruguay)

Prof. Raquel Zamora Cabral (Uruguay)

Corresponsales:

Prof. Julio Acha (Perú)

Prof. Juan Maass (Providencia, Chile)

Lic. Silvina Hollidge (Rosario, Argentina)

Prof. Javier Irastorza (Madrid, España - Spain)

Prof. Fernando Linares (Mendoza, Argentina)

Prof. Raúl Masino (Tucumán, Argentina)

Prof. Danilo Rolando (Montevideo, Uruguay)

Editorial

La Revista Persona, órgano científico del IAEPD, continúa con el compromiso de publicación periódica de Suplementos. Estos tienen como objetivo presentar actualizaciones y/o nuevos aportes realizados por prestigiosos profesionales que trabajan en el campo de los trastornos de la personalidad.

*En este suplemento tenemos el enorme agrado de incorporar el trabajo "**Trastorno de Personalidad Evitativo: Actualización**" del Lic. Eduardo Nicenboim, Fundación AIGLE, Buenos Aires, Argentina. Esta entrega ofrece una revisión actualizada de un tema de presentación muy frecuente en la actividad clínica, el rasgo evitación y su forma más compleja, el Trastorno Evitativo de la Personalidad. Sabemos que esta actualización será de suma utilidad para nuestros lectores.*

Invitamos a todos aquellos interesados en la personalidad y sus trastornos a enviar sus artículos en idioma Español, Portugués o Inglés, para ser incorporados en números futuros. En este número encontrarán la traducción al Inglés del Reglamento de Publicaciones.

La Plata, Argentina, Julio de 2006.

Prof. Dr. Néstor Koldobsky

Director

Editorial

Persona Journal, IAEPD's scientific organ, keeps on with its commitment to release periodical Supplements. The Supplements' aim is to present up to date subjects and/or new approaches developed by prestigious professionals that work on the field of personality disorders.

*In this Supplement, we are proud to incorporate the article "**Avoidant Personality Disorder: State of the Art**" of Lic. Eduardo Nicenboim, Fundación AIGLE, Buenos Aires, Argentina. This issue offers an up to date review of a very frequent subject arised in clinical practice, the avoidance trait and its more complex form, the Avoidant Personality Disorder. We are sure this review will be really helpful to our readers.*

All of our colleagues interested in Personality and its disorders are invited to send articles in Spanish, Portuguese or English to be incorporated in future issues. In this number you will find the Instructions to Authors translated into English.

La Plata, Argentina, July, 2006.

Prof. Dr. Néstor Koldobsky
Director

Eduardo Nicenboim.

Fundación AIGLE, Buenos Aires, ARGENTINA. fundación@aigle.org.ar

Trastorno de Personalidad Evitativo:

Actualización



Resumen Se presenta una actualización de trastornos evitativos de personalidad tomando como referencia artículos y libros publicados en los últimos años escritos por destacados investigadores en el tema. La revisión abarca la historia psicopatológica del constructo, los principales modelos teóricos, la perspectiva de los modelos dimensionales, y los problemas de la comorbilidad con el eje I, (fobia social generalizada y otros trastornos de ansiedad, depresión, violencia, condiciones neurológicas), comorbilidad con el eje II, (trastorno esquizoide de personalidad y trastorno dependiente de personalidad) y algunos datos y consideraciones de abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos.

Palabras clave: Trastorno Evitativo de la Personalidad, comorbilidad, modelos teóricos, modelos dimensionales, abordaje psicoterapéutico, abordaje farmacológico.

Abstract A State of The Art is presented about Avoidant Personality Disorder taking as reference some articles and books published during the last years produced by relevant researchers in this field. This review comprises the psychopathological history of the construct, main theoretical models, dimensional models, perspective and the problems about comorbidity with Axe I (generalized social phobia and another anxiety disorders, depression, violence, neurological conditions), comorbidity with Axe II (Schizoid Personality Disorder and Dependent Personality Disorder) and some data and considerations about psychotherapeutical and pharmacological approaches.

Key words: Avoidant Personality Disorder, comorbidity, theoretical models, dimensional models, psychotherapeutical approaches, pharmacological approaches.

Por su naturaleza el trastorno evitativo de personalidad (de ahora en más TPE), provee un contexto que permite considerar muchas de las temáticas más importantes que enfrentan las teorías de trastornos de personalidad, incluyendo las superposiciones entre trastornos del eje II (DSM IV) y las fronteras entre estos trastornos y los síndromes clínicos del eje I (DSM IV).

Por muchos años, como se desarrollará más adelante, el TPE se confundió con el *trastorno dependiente de personalidad* y el *trastorno esquizoide de personalidad*. Con el DSM IV estas superposiciones fueron aclarándose parcialmente.

Hay coincidencias entre los autores que estudian esta entidad respecto a que el TPE es una de las formas más prevalentes de patología de la personalidad en poblaciones clínicas y no clínicas (Ekselius, Tillfors, Furmark & Frederikson, 2001). Belloch y Fernández Alvarez (2002) presentan en su texto de reciente aparición en España, Trastornos de Personalidad, una exhaustiva revisión de la literatura en trastornos de personalidad y destacan, la disparidad y poca confiabilidad de datos de prevalencia. Los *trastornos de personalidad* suelen presentarse en población general con una dispersión de entre 6% y 12% y en población con trastorno mental entre 20% y 40%. Las tasas más altas de prevalencia se dan en los *trastornos límite*, *trastornos dependientes de personalidad*, TPE y *trastornos esquizotípicos*. Estos autores consideran que tal vez las tasas de prevalencia en estos trastornos responden más a factores externos que a una frecuencia real. Por ejemplo, en los TPE puede que actúen variables culturales tales como hipervaloración de la autonomía, independencia o competencia social amplificando modos de ser que no responden a valores imperantes.

Más específicamente en los TPE la prevalencia en población general varía entre un 0,5% y un 1% pudiendo trepar hasta un 10% en poblaciones de pacientes ambulatorios.

Básicamente los evitadores DESEAN lograr relaciones interpersonales íntimas; pero el temor a la humillación, rechazo y la vergüenza lo impiden y se alejan y distancian de los demás. Los evitadores se aferran y son dóciles debido a su excesiva necesidad de apego.

El TPE se reconoce por los siguientes estilos comportamentales e interpersonales, de pensamiento o estilo cognitivo, afectivo y emocional:

- Su estilo comportamental los muestra con tendencia al apartamiento social, ver-

El autor agradece la paciente revisión crítica de este texto hecha por las Lics. Claudia Bregman, M. Zaira Klix, Mercedes Mazzula y Verónica Rial.

Parte de este trabajo fue leído como Conferencia durante el XXIX Congreso Interamericano de Psicología en Lima, Perú, en Julio de 2003.

gonzosos, desconfiados y distantes. Comportamiento y discurso controlado; se muestran aprensivos y embarazosos.

➤ Interpersonalmente son ultrasensibles al rechazo. Aún cuando desean fuertemente acercarse a otros, guardan distancias y se aseguran de contar con aprobación incondicional antes de abrirse. Tienden a testear a los demás para darse cuenta en quién pueden confiar.

➤ Su estilo cognitivo se describe como perceptualmente vigilante, lo que significa que están permanentemente escaneando el medioambiente buscando datos que puedan ser potenciales amenazas o aceptaciones. Tienen baja autoestima debida a la devaluación de sus resultados y el énfasis desmedido en sus defectos.

➤ El estilo afectivo-emocional está marcado por la vergüenza y la aprensión. Dado que la aceptación incondicional es relativamente rara, experimentan rutinariamente tristeza, soledad y alta tensión. Cuando están más angustiados describen sentimientos de vacío y despersonalización.

Se puede pensar al TPE como extensión en un continuo de lo sano a lo patológico. El estilo evitativo es el extremo sano y el TPE el extremo patológico. Muchas mas personas tienen un estilo evitativo como opuesto a un trastorno de personalidad. La diferencia radica en la seriedad con que está afectada su funcionalidad cotidiana.

La perspectiva con que se define el TPE en el DSM IV (Cuarta Edición, 1994) es la de un patrón de persistente inhibición social, caracterizado por sentimientos de inadecuación o inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Sus comienzos se dan en la temprana adultez y se presentan en una variedad de contextos como se indican por los siguientes descriptores:

1] Evita actividades ocupacionales que involucren contactos interpersonales significativos, debido a temores a las críticas, desaprobación o rechazo.

2] Poco dispuestos a involucrarse con gente a menos de estar seguros de ser aceptados.

3] Presentan restricciones a las relaciones íntimas debido a su temor a ser ridiculizados o avergonzados.

4] Muestran preocupación en ser criticados o rechazados en situaciones sociales.

5] Se inhiben en situaciones interpersonales nuevas debido a sentimientos de inadecuación.

6] Visualizan su self como socialmente inepto, personalmente poco atractivos o inferiores a otros.

7] Inusualmente reacios a tomar riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades que puedan ser embarazosas.

Baillie y cols. (1998), un grupo de investigadores australianos, estudiaron el soporte empírico de la revisión del DSM IV para el TPE y concluyeron que los siete criterios del DSM III R definen de manera razonablemente exitosa al trastorno según un constructo unidimensional.

Para terminar con esta introducción, se describe sucintamente la perspectiva dimensional del TPE en términos del Modelo de Cinco Factores de Mc.Rae y Costa (1992), que presenta al trastorno en un perfil hipotético:

1] Alto Neuroticismo.

Afectos crónicos negativos, que incluyen ansiedad, temores, tensión, irritabilidad, angustia, desesperanza, vergüenza, dificultad en la inhibición de impulsos, creencias irracionales, expectativas irreales, etc.

2] Baja Extraversión.

Aislamiento social, separación interpersonal, ausencia de soportes de red, afecto aplanado, falta de alegría por la vida, rechazo a asumir roles de liderazgo aún estando calificado, inhibición social y vergüenza.

Los síndromes mas comúnmente asociados con TPE son la agorafobia, fobia social,

ansiedad generalizada, distimia, trastorno depresivo mayor, hipocondriasis, trastorno conversivo, trastorno disociativo y esquizofrenia.

3] Alta Apertura a la Experiencia.

Preocupación con fantasías y ensueños diurnos, ausencia de practicidad, pensamiento excéntrico, identidad difusa y objetivos cambiantes, susceptibilidad a las pesadillas o estados alterados de conciencia, rebelión social y disconformidad que puede interferir con su progreso social o vocacional.

4] Cordialidad.

Credibilidad indiscriminada de los otros, excesivo candor o generosidad en detrimento de su interés propio, poca habilidad para enfrentar a otros y pelear, se toman ventajas de él fácilmente.

5] Escrupulosidad.

Sobreexigencia, adicción al trabajo con exclusión de la familia, lo social o los intereses personales, compulsividad que incluye excesiva prolijidad, limpieza y atención al detalle, autodisciplina rígida e inhabilidad para el relax y la espontaneidad, excesivamente escrupuloso en el comportamiento.

Historia Psicopatológica

El concepto *personalidad por evitación* fue introducido por Millon en 1969 para designar a personas que se distinguían por una aversión activa hacia las relaciones sociales. Según su teoría de las polaridades esta definición se oponía a las personas con aversión pasiva.

Bleuler, en 1911, formula el concepto de *esquizofrenia* y describe la apatía hacia el mundo exterior. Schneider, en 1923, al describir la *personalidad asténica* coincide con la constelación de rasgos del evitador, retomando conceptos de Kretschmer, que hablaba de *esquizoides anestésicos* e *hiperestésicos*. Los primeros se correspondían bastante con el *trastorno esquizoide de personalidad* tal como lo formula el DSM IV y los segundos con el TPE. El autor señala que buscan "...evitar y anular toda estimulación procedente del exterior." Poco después Kahn, en 1931, describió al *autista pasivo* en el que se daban muchos rasgos del evitador.

Por otra parte la tradición psicoanalítica concibió a los *esquizoides* como una entidad formal. Reich y Menninger en los 30s los describieron; este último autor habló de *personalidades aisladas*. Más tarde, Fairbairn, Winnicott, Arieti, Guntrip y Laing utilizan la denominación *esquizoide* y *falso sí-mismo*. Fenichel en los 40s describió *caracteres fóbicos* y *Rado trastornos por hiperreactividad*. En los cincuentas Horney tipifica como patognomónicos el odio y el desprecio por sí mismo.

En 1969, Burnham, Gladstone y Gibson, psicoanalistas que trabajaban en la etiología de la esquizofrenia describen el síndrome con características parecidas a las que figuran en el DSM III (1980).

Klein, en 1970, contribuyó con una formulación biológica al diferenciar dos subtipos esquizoides, el primero se adapta al TPE y el segundo al *trastorno esquizoide de personalidad*. Más recientemente Beck, en 1990, se refiere a la personalidad evitadora.

Siever y Davis, en 1991, destacan predisposiciones biológicas esenciales, una de las cuales se conoce como "ansiedad-inhibición".

Benjamin, en 1993, plantea una perspectiva interpersonal del trastorno. Costa y Widiger, en 1993, elaboran un modelo matemático que explicita las combinaciones de rasgos de los diferentes trastornos de personalidad en el modelo de los cinco factores, señalando la *introversión* y el *neuroticismo*.

Millon señala, en 1995, que la diversidad de síndromes clínicos identificados en el pasado que comparten elementos con el TPE, mostraría ser una evidencia de su validez como entidad clínica.

Modelos Teóricos

En los últimos años se han propuesto algunos modelos teóricos del TPE que pueden agruparse en dos categorías: según centren su estudio en el rol de la familia y el

desarrollo social o en los procesos cognitivos.

La mayoría de los estudios del primer grupo sobre experiencias de desarrollo social investigan temas relacionados con la heredabilidad. Widiger (2001) demuestra empíricamente la herencia de la introversión y el neuroticismo. Otros estudios documentan la influencia en porcentajes de TPE y *fobia social generalizada*, especialmente en parientes en primer grado, Tillfors, Furmark y cols. (2001). Estos autores concluyen en su investigación, que el tener un miembro de la familia afectado de ansiedad social tiene un riesgo de entre dos y tres veces de incremento, tanto de aparición de fobia social como de TPE.

Es de destacar el hecho que aunque se postula la influencia de las relaciones familiares patogénicas en el desarrollo de TPE, (Beck y Freeman, 1990, Benjamin, 1993, entre muchos otros) muy pocos estudios empíricos han examinado esta propuesta. Una excepción es el estudio de Meyer y Carver (2000) en el que trabajando sobre una población de 127 estudiantes universitarios de grado, encontraron que los que exhibían síntomas de TPE, daban cuenta de recuerdos negativos de la infancia en comparación con estudiantes que reportaron otros *trastornos de personalidad* o ninguno. Incluso comprobaron cómo personas con expectativas pesimistas estaban más predisuestas a generar sintomatología TPE y esa tendencia se exacerbaba si además habían padecido rechazos, aislamiento u otras experiencias infantiles negativas.

En sintonía con esta línea de trabajo, Belloch y Fernández Alvarez (2002) reportan que se ha informado acerca de niños de 21 meses que manifiestan activación fisiológica exagerada y rasgos activos de evitación ante situaciones sociales, proponiendo la hipótesis de rechazos y conductas de humillación en sus experiencias tempranas con los padres.

En síntesis, Alden (2002) destaca que la literatura en TPE focaliza más en el rol de las vulnerabilidades biológicas y los rasgos personales que en las experiencias de desarrollo social, al contrario de los estudios sobre vergüenza e inhibición comportamental que acentúan el rol de las relaciones sociales.

Los investigadores del desarrollo ligados a la teoría de los estilos de apego están dentro de estas preocupaciones y sus trabajos apoyan los modelos interactivos de retención social que se encuentran en los escritos teóricos de TPE, pero carecen aún de representatividad empírica. Meyer, Pilkonis y cols. (2001) postulan una relación entre estilos adultos de apego y *trastornos de personalidad*. De hecho en su estudio prospectivo con pacientes en tratamiento con características de TPE, *trastorno límite de personalidad* y *trastorno dependiente de personalidad* correlacionaron consistentemente con severidad de síntomas y el apego seguro correlacionó inversamente. El apego seguro se vinculó con una mejoría relativamente mayor en el funcionamiento global y un curso más benigno de síntomas de ansiedad.

En el segundo grupo, la investigación sobre procesos cognitivos es escasa. Esto es paradójico toda vez que los desarrollos estratégicos de abordaje psicoterapéutico desde el cognitivismo han demostrado ser los más eficaces.

El modelo más conocido en esta dirección es el de Beck y Freeman (1990) basado en el concepto de procesamiento de esquemas. Pero la mayoría de los estudios de procesos han sido enmarcados en el ámbito de la *fobia social*, (Clark, 2001 y Heinrichs y Hofmann, 2001). Esta escasez puede deberse al hecho de que se asume que las investigaciones muestran que ambas condiciones, el TPE y la *fobia social* pueden ser intercambiables.

Los estudios que investigaron procesos cognitivos asociados con TPE, lo hicieron en referencia a la fobia social, Turner y cols. (1992). Alden (2002) destaca que este y otros trabajos muestran que en relación con grupos de control, los individuos con TPE comórbidos con *fobia social generalizada* mostraron más pensamientos negativos antes de eventos sociales y desplegaron interferencia cognitiva o amenaza social.

Hay dos estudios realizados con población estudiantil centrados en procesos cognitivos en individuos con TPE. Uno de ellos es el ya citado de Meyer y Carver (2000) que mostró que las expectativas pesimistas predecían síntomas de TPE. El otro de Dreesen, Arntz y cols. (1999) que examinó el modelo de procesamiento de esquemas de Beck.

Por otro lado, un trabajo teórico de Procacci, Dimaggio y Semerari (2001) propone una perspectiva cognitiva del trastorno, con una teoría acerca de las dimensiones mentales disfuncionales, agregando a los ya conocidos contenidos de miedo al juicio y sensibilidad a la vergüenza, el sentimiento de extrañamiento y no-pertenencia, fruto

de la dificultad de los pacientes con TPE de percibir la compartición de la experiencia con el otro.

Alden (2002) señala que la literatura de TPE se ha ocupado predominantemente de su ubicación en el espectro de la psicopatología, de hecho un porcentaje muy alto de los trabajos sobre el campo de los TPE ha abordado problemas concernientes a la definición, o sea identificación de características que lo convierten en un constructo y en entidad clínica.

Se cuenta hoy con mucha literatura respecto a los problemas del eje II del DSM; básicamente el más constante es el del alto nivel de comorbilidad que se observa entre constructos independientes (Westen y Shedler, 2000, Oldham y cols., 1992) entre otros. El TPE se presenta con un set de rasgos íntegros que describen la exageración de la personalidad normal, con un elevadísimo nivel de superposiciones. Por su parte, Stuart y cols. (1998), encontraron que en una muestra de 1.116 pacientes cumplía con diagnóstico TPE el 25%, de este subgrupo solo el 9% presentaba un solo diagnóstico de personalidad y el 91% restante, exhibía más de un trastorno de personalidad.

Modelos Dimensionales y ubicación del TPE

Básicamente se encuentran dos posibles abordajes en relación con el tema de los modelos de rasgo para los trastornos de personalidad. Estos son los TOP-DOWN y los BOTTOM-UP. Los primeros parten de una teoría en la que numerosos factores de segundo orden, a menudo divididos en facetas más angostas, son confirmados en la estructura de los trastornos de personalidad.

Los tres modelos más importantes de la concepción TOP DOWN son el Modelo de Cinco Factores, (FFM); el Modelo Biosocial y el Modelo Interpersonal Circumplejo.

> El modelo de Cinco Factores conceptualizado por Costa y Mc. Rae en 1992, es el modelo de medición de personalidad normal más usado en la literatura psicológica; plantea cinco dimensiones anchas de personalidad. *Neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, cordialidad y escrupulosidad.*

La mayoría de los numerosos estudios de investigación que han relacionado varios constructos han coincidido en que el TPE se caracteriza por alto neuroticismo y baja extraversión. Wilberg y cols. (1999), investigadores noruegos, trabajaron sobre una comparación entre el DSM IV y el NEO-PI-R (NEO Personality Inventory-Revised, un cuestionario de autorreporte que mide las principales dimensiones y subdimensiones del modelo de cinco factores) focalizada en el TPE y el trastorno límite de personalidad. Demostraron que a nivel del DSM IV hay más relaciones significativas entre las sub-escalas del NEO-PI-R y el TPE que con el *trastorno límite de personalidad*. Se deduce que el modelo tiene habilidad de discriminación respecto al TPE y al *trastorno límite de personalidad*, de todos modos pareciera mostrar más compatibilidad conceptual con el TPE.

Otros estudios han encontrado que el TPE involucra bajos puntajes en apertura a la experiencia, escrupulosidad o afabilidad, si bien sus resultados han sido poco consistentes o inconsistentes. El TPE parece ser el único trastorno de personalidad en el que se da este patrón de alto neuroticismo y baja extraversión.

Es de destacar que algunas investigaciones sobre personalidad normal identificaron el mismo patrón en timidez no patológica (Paulhus y Trapnell, 1998).

> El modelo de Siete Factores-Biosocial conceptualizado por Cloninger, Svrakic y Pryzbeck (1993) propone una teoría psicobiológica del temperamento y el carácter compuesta por cuatro temperamentos, *evitación del daño, búsqueda de la novedad, dependencia de la recompensa y persistencia*, que se postulan como hereditarios. Adicionalmente hay tres dimensiones de carácter; *auto-direccionalidad, cooperatividad y auto-trascendencia*. Si bien son pocos los trastornos de personalidad analizados a la luz del modelo biosocial, estos demuestran que el TPE se caracteriza por altos niveles de evitación del daño.

La investigación conducida por De Fruyt y cols. (2000), encontró correlación entre esta dimensión y la de neuroticismo del modelo de cinco factores.

> El modelo Interpersonal Circumplejo es un sistema teórico que focaliza los comportamientos interpersonales organizados en torno a un círculo de factores ortogona-

les de amor y dominancia de orden superior (Wiggins, 1982). El TPE es primariamente caracterizado como un trastorno interpersonal, definido por la baja dominancia y secundariamente por el bajo nivel de amor.

Los modelos de la concepción BOTTOM-UP, comienzan con un análisis de exploración de datos que involucran un vasto grupo de rasgos patológicos posibilitando la emergencia de una estructura de rasgo y luego arriban o no al desarrollo de una teoría que explique las observaciones empíricas.

Los tres modelos más importantes de la concepción BOTTOM-UP son el SNAP, (Schedule for Normal and Abnormal Personality, Clark, Vorshies y Mc. Ewen, 1994), el DAPP (Dimensional Assesment of Personality Pathology, Livesley, Jang y Vernon, 1998) y el PSY-5, (Personality Psychopathology Five, Harkness y Mc. Nulty, 1994).

> El modelo SNAP involucra tres dimensiones, *temperamento negativo, temperamento positivo y baja compulsividad*.

> El modelo DAPP tiene cuatro dimensiones, *desregulación emocional, asocialidad, inhibición y compulsividad*.

> El modelo PSY-5 contiene cinco dimensiones, *emocionalidad negativa, emocionalidad positiva, agresividad, compulsividad y psicoticismo*.

Los tres sitúan al TPE en términos muy compatibles con el modelo pentafactorial. En el SNAP el TPE se caracteriza por afecto negativo alto y bajo afecto positivo. En el DAPP se lo caracteriza por altos puntajes en neuroticismo e introversión y alta insociabilidad. En el PSY-5 se lo caracteriza por baja emocionalidad positiva que correlaciona con la extraversión. El constructo TPE muestra consistencia a través de estos estudios de investigación basados en modelos dimensionales. Meyer (2002) enfatiza la consistencia clínica del TPE y su prevalencia, destacando que no está claro cómo se proyecta en dimensiones de personalidad y disposición del ánimo. En un estudio con una muestra de 365 estudiantes, encuentra 6.6% que podría satisfacer criterios de TPE. El análisis de regresión jerárquica de las características de TPE se asocia con introversión, neuroticismo, baja autoestima y expectativas pesimistas.

Según Alden (2002), los problemas de comorbilidad, fundamento de las críticas a los modelos categoriales, podrían resolverse usando modelos dimensionales.

Un estudio de Lynam y Widiger (2001) usando el Five Factor Model, concluye que con la única excepción del *trastorno esquizotípico de personalidad*, todos los demás trastornos del eje II pueden ser comprendidos desde la perspectiva dimensional que ofrece el modelo de cinco factores.

Quedan preguntas sin resolver. Si, acorde con Brieger y cols. (2000) la introversión y el neuroticismo explican un tercio de la variancia de síntomas del TPE ¿Cuáles son los factores que dan cuenta del resto? Kagan y cols. (1988) demostraron que no todos los niños con inhibición desarrollan evitación social, por lo tanto pareciera que las experiencias de vida pulen la sensibilidad temperamental. Es necesario desarrollar estudios empíricos que vinculen al temperamento y a la experiencia social.

Comorbilidad del TPE con el eje I

Fobia Social Generalizada

La relación entre TPE y *fobia social* es el tópico más encontrado en la literatura de TPE. Desde el DSM III (1980) cuando *fobia social* y TPE emergieron formalmente, la investigación y la clínica se toparon con similitudes entre ambos. Los cambios en 1987 con el DSM III-R incluyeron el subtipo *fobia social generalizada*, con la finalidad de lograr una mayor especificación, sin embargo la convergencia entre los diagnósticos se amplió lo cual se siguió expresando en el DSM IV a pesar del acento diferencial puesto en la *fobia social* que enfatizaba las situaciones de actuación mientras que en el TPE se acentuaba la inhabilidad para desarrollar relaciones íntimas.

Por lo tanto, en el sistema DSM, la fobia social y el TPE se han conceptualizado como entidades separadas si bien con criterios diagnósticos que se superponen. Reich

(2000) revisó la literatura empírica y la evolución de estos conceptos a través de los diagnósticos provistos en el DSM III, DSM III-R y DSM IV concluyendo que no hay sustento para dicha separación.

No es de sorprender entonces que las investigaciones trataran de examinar estas superposiciones. Esto se hizo siguiendo tres criterios:

1] Examinando la superposición diagnóstica entre *fobia social* y TPE.

2] Tratando de identificar características comunes versus específicas.

3] Evaluando el efecto de comorbilidad de TPE en respuesta a tratamientos de pacientes con *fobia social generalizada*. Este punto será retomado en el apartado de tratamientos.

Debe considerarse que la mayoría de estos estudios siguieron el criterio del DSM III-R, que no provee una guía detallada para diagnosticar *fobia social generalizada*.

1] Teniendo en cuenta que las definiciones de *fobia social* y *fobia social no generalizada* varían a través de los estudios, se encuentra que la frecuencia de diagnósticos comórbidos con TPE es de 0% a 63% (Boone y cols., 1999; Arntz, 1999) en los individuos con *fobia social no generalizada* y TPE y que para pacientes con *fobia social generalizada*, la frecuencia de TPE es de 25% a 89%.

Pocos estudios empezaron por pacientes con TPE y luego determinaron cuántos padecían *fobia social*, y en estos casos casi no se determinaban los subtipos de *fobia social*.

Cuando ambos subtipos no se discriminaban, el porcentaje de comorbilidad entre estudios es del 42% (Faravelli, 2000). Tres estudios que investigaron la superposición de TPE específicamente con *fobia social generalizada* mostraron altos índices de comorbilidad, el 88% (Hoffman y cols., 1995), el 100% en una muestra pequeña (Herbert y cols., 1992), y 51% (Arntz, 1999). Esto demuestra que el porcentaje de superposición depende en parte de la población estudiada.

Boone y Mc. Neil (1999) comparando subtipos de *fobia social* y TPE afirman que la superposición sustancial de diagnósticos, cuestiona la utilidad de separar *fobia social* y TPE en diferentes ejes del DSM IV.

2] Lo que se trata es de determinar qué distingue a las dos condiciones. Los hallazgos de todos los estudios que comparan el TPE y la *fobia social generalizada* se han descrito como inconsistentes (Turner y cols., 1986). Este precisamente no utilizó las categorías del DSM III-R. Otros investigadores (Herbert y cols., 1992) hallaron que los pacientes con *fobia social generalizada* y TPE recibieron más diagnósticos comórbidos en los ejes I y II y se presentaban más deprimidos que los pacientes con *fobia social generalizada*.

Solamente Van Velzen, Emmelkamp y Scholing (2000) comparando las diferencias psicopatológicas, rasgos de personalidad y funcionamiento social y funcional en pacientes con *fobia social generalizada* versus TPE, concluyen en que la diferenciación entre ambos parece ser redundante, y proponen repensar la propuesta de Widiger (1992) respecto a si el constructo *fobia social generalizada* debería ser ubicado en el eje II como trastorno de personalidad o en eje I como síndrome. El argumento es que tal distinción, (eje I y eje II) es clínicamente poco útil considerando la hipótesis de un continuo basado en la severidad. O sea que el TPE sería bajo este argumento, una condición de mayor severidad de la *fobia social generalizada*.

Algunas investigaciones (Turner y cols., 1992) sugirieron caracterizar el TPE como con grandes déficits en habilidades sociales, pero no fue seguida esa línea de investigación y por tanto quedó sin sostén empírico; otras estudiaron diferencias fisiológicas (Hofmann, y cols., 1995) y encontraron que los pacientes con *fobia social* sin TPE presentaban mayor reactividad cardíaca al hablar en público que los fóbicos sociales con TPE.

En cuanto a los estudios en relación a los datos demográficos, está el de Brown (1995) que encontró que los pacientes con *fobia social generalizada* y TPE obtienen salarios anuales bajos. Por otro lado, hay evidencia mixta respecto a la posibilidad de que pacientes con *fobia social generalizada* y TPE se casen más o menos.

Lo cierto es que el diagnóstico de TPE y *fobia social generalizada* se presenta en el mismo individuo. Las diferencias parecen relativas a la severidad más que a la naturaleza de los síntomas y ponen en evidencia las fallas del actual sistema categorial del

DSM y la división entre ejes.

Muchos investigadores del campo de la *fobia social* han propuesto que la *fobia social* y el TPE se amalgamen en un *Trastorno de Ansiedad Social* y que lo que hoy se categoriza como TPE sea considerado una variante severa (Heimberg, 1996). Otros se oponen, como Arntz (1999) argumentando que es artificial esa intercambiabilidad entre TPE y *fobia social generalizada*.

Hay estudios que compararon TPE en muestras de pacientes con *fobia social* versus muestras de pacientes con *trastorno de personalidad* con o sin *fobia social*, encontrando similares porcentajes de diagnósticos de TPE.

Arntz (1999), quien condujo una vasta investigación sobre 500 pacientes, concluyó que de 109 de ellos con TPE, solo 51% presentó diagnóstico de *fobia social generalizada*. Esto significa que la prevalencia de TPE sin *fobia social generalizada* demostraba que el TPE no es un subtipo de *fobia social generalizada*, proponiendo volver a las antiguas conceptualizaciones del TPE que enfatizan el rol de los factores sociales tales como evitación e intolerancia de las emociones para diferenciar ambos constructos.

Este problema de superposición de *fobia social generalizada* y TPE ha sido abordado por los investigadores de los modelos dimensionales proponiendo un reemplazo del eje II por el sistema de cinco factores (Widiger, 2001) o construyendo un modelo dimensional para el eje I (Watson y cols., 1998).

Dyck y cols. (2001) hallaron en un estudio con 622 participantes con trastornos de ansiedad que un 24% tenía al menos un trastorno de personalidad siendo los más comunes el TPE, el *trastorno obsesivo compulsivo*, el *dependiente* y el *límite*. Particularmente encontraron que el TPE se asociaba con *fobia social*. Los autores afirman que el procesamiento de los datos de la investigación no apoya la concepción del TPE como una variante de la *fobia social generalizada* habida cuenta que el 25% de los pacientes de la muestra que padecían *fobia social no generalizada* también tenían TPE.

En los últimos años se ha estado trabajando intensamente sobre el constructo de la vergüenza. Rettew (2000) ha comparado *fobia social generalizada*, TPE y *vergüenza* encontrando que este es una dimensión de la personalidad fuertemente asociada con estas dos entidades clínicas, proponiendo estudiar vergüenza, *fobia social generalizada* y TPE como coexistiendo a lo largo de un continuo.

Otras Comorbilidades en Eje I

Otros Trastornos de Ansiedad

En el campo de los trastornos de ansiedad, el TPE no se restringe solo a la *fobia social* sino que puede asociarse a otros trastornos. Alnaes y Torgersen (1999) reportaron que el TPE no era el único ni mejor predictor de *fobia social* sino que cuatro trastornos de personalidad más predicen *fobia social*.

En pacientes con trastorno de pánico (con y sin agorafobia), se encuentra TPE en porcentajes entre 24% y 32% (Arntz, 1999). Chambless y cols. (2000), encontraron que pacientes TPE que presentan comorbilidad con trastorno de pánico con agorafobia se asociaban con tasas menores de cambio en la frecuencia de los ataques de pánico después de concluido el tratamiento. Es decir que la evitación social podría predecir una respuesta más pobre en el funcionamiento y el tratamiento de pacientes con TPE y otros trastornos de ansiedad.

Hay reportada comorbilidad entre TPE y TOC del 1% al 53% (Crino y Andrews, 1996).

En *trastorno de ansiedad generalizada* la comorbilidad varía entre el 11% y el 26%. En un estudio de Coolidge y cols. (2000) se reportó un 29% de TPE en un grupo heterogéneo de ansiosos de tercera edad.

Se ha informado comorbilidad de TPE con *trastornos alimentarios* en un porcentaje de entre un 19% (Grilo y cols., 1996) y un 26%, (Sanderson y cols., 1994). El 19% de los que padecen *trastornos alimentarios* exhibe signos de TPE y el 16%, *fobia social* (Grilo y cols., 1996).

Con el trastorno dismórfico corporal la asociación oscila entre un 38% y un 82%. Phillips y Mc. Elroy (2000) en su estudio sobre trastornos dismórficos corporales encontraron que 43% padecía TPE y 24% *fobia social*. De la población de pacientes con TPE, 59% padecía también *fobia social*, y 41% no.

Hay que destacar que existe una preocupación temporal en la relación entre TPE y otros trastornos. La cuestión se plantea en términos de cuál trastorno aparece primero, si el TPE o los trastornos de ansiedad. Faravelli y cols. (2000) encontraron que los signos de *fobia social* precedieron la instalación de trastornos como *trastorno de pánico*, *trastorno de ansiedad generalizada*, *episodio depresivo mayor*, *trastorno obsesivo compulsivo* o *agorafobia*. Incluso algunos piensan que la instalación del TPE en el desarrollo evolutivo desencadena variados trastornos de ansiedad (Alnaes y Torgersen, 1999).

Depresión

Un aspecto muy importante de la comorbilidad del TPE se da con la depresión y el espectro depresivo, situación avalada por numerosos trabajos que ubican al TPE como uno de los más superpuestos con las depresiones, en particular con el *trastorno depresivo mayor* y el *trastorno distímico*.

Con *trastorno depresivo mayor* en pacientes externos, se encontró una variación de entre un 12% y un 28% (Albert y cols., 1997). Con *trastorno distímico*, entre un 12% y un 32% (Devanand y cols., 2000). Incluso se postularon explicaciones clínicas para esta comorbilidad, tales como que el TPE predice deterioro social en pacientes con *trastorno depresivo mayor*. Algunas investigaciones avalan el hecho de que es más dable encontrar comorbilidad en pacientes con *trastorno distímico* que en pacientes con *trastorno depresivo mayor*. Pepper y cols. (1995) reportaron que TPE se encontró en un 16% de los pacientes con estadios tempranos de *trastorno distímico* y solo 4% en pacientes con *trastorno depresivo mayor* episódico. También se ha visto que el TPE acompaña más fácilmente depresiones atípicas que no típicas (Alpert y cols., 1997).

Si bien son varias las explicaciones que pueden dar cuenta de la comorbilidad entre TPE y depresiones, la que parece más consistente es que la historia social y el aislamiento que son patognomónicos del TPE incrementan la vulnerabilidad de la depresión. También se considera que la depresión mayor, el *trastorno distímico* y el TPE emergen de procesos etiológicos compartidos y superpuestos. Hay una interesante especulación que propone estudiar si el TPE debiese considerarse dentro de la condición del espectro depresivo (De Ronchi y cols., 2000).

Skodol y cols. (2002) investigaron en una muestra de 668 pacientes acerca del deterioro funcional en diagnósticos de *trastorno de personalidad esquizotípico*, *trastorno límite de personalidad*, TPE y *trastorno de personalidad obsesivo compulsivo*, concluyendo que los pacientes con *trastorno límite de personalidad* y *trastorno de personalidad esquizotípico* mostraban más deterioro en el trabajo y las relaciones sociales que los *trastornos de personalidad obsesivos compulsivos* o incluso que los *trastornos depresivos mayores*, mientras que los TPE exhibían un deterioro intermedio. O sea que los TPE y los otros trastornos de personalidad muestran más deterioro funcional que los *trastornos depresivos mayores* solos.

Violencia

Alden (2002) destaca que varios estudios vinculan TPE con violencia doméstica. Esta línea de investigación se aparta de los estudios que se han descrito anteriormente cuya característica es la de considerar trastornos “internalizados”. Watson y cols. (1997) reportan un 12% de sobrevivientes de abuso doméstico en comorbilidad con TPE. Podría entenderse por qué evitadores sociales permanecen en relaciones de sometimiento, lo sorprendente es que algunos estudios encontraron que hay TPE en población de golpeadores. Hart (1993) reporta que 35% de golpeadores de sus esposas puntuaban por arriba de la línea de corte en la escala TPE del Inventario Multiaxial Clínico II de Millon, 1982. Incluso, según Dutton y Kerry (1999), hombres con TPE están más predispuestos a asesinar a sus esposas que golpeadores con rasgos psicopáticos. Los golpeadores caracterizados clínicamente con TPE, informan más experiencias de vergüenza incluyendo humillación pública y críticas globales de los padres.

Si bien incipiente, esta área de investigación aporta a la relación entre ansiedad social y evitación en el campo de la violencia doméstica.

Condiciones Neurológicas

Estudios del año 1999 (López-Rodríguez y cols., 1999), muestran comorbilidad del 13% entre epilepsia y TPE, y del 28% en pacientes con lesión cerebral. No se ha establecido aún si el TPE es de aparición anterior o posterior a trastornos de índole neurológica.

Comorbilidad del TPE con el eje II

Comorbilidad con el Trastorno Esquizoide de Personalidad

Históricamente el tema de mayor preocupación ha sido la distinción con el *trastorno esquizoide de personalidad* (Alden, 2002).

Millon (1969) ha tenido gran peso en la formulación del trastorno como entidad clínica, dado que trabajó la relación de las características activas del evitativo confrontada con las características pasivas del esquizoide. En 1982 señaló el resultado muchas veces contradictorio y paradójico de investigaciones sobre esquizofrenia, debido a la dificultad para reconocer la diferencia en la polaridad activo-pasivo. A veces se describía al esquizofrénico como con baja motivación e insensible y otras, como sobremotivado e hipersensible.

En 1975 el grupo de tareas del DSM III aceptó las recomendaciones de Millon en el sentido de distinguir aspectos pasivos de activos. El resultado fue la inclusión en el eje II del DSM III en 1980, de los diagnósticos de trastorno evitativo de personalidad y trastorno esquizoide de personalidad.

A partir de aquí se inicia un debate que comienza en 1985 y que gira en torno al TPE. Livesley y West (1986) sostienen lo inapropiado de la escisión que el DSM III hace de la categoría de *esquizoide* (que venía del DSM II) en tres entidades, *esquizoide*, *esquizotípico* y *evitador*. Su argumento es que el criterio de Millon de diferenciar la conducta de retiro social en activa y pasiva era demasiado simplista. Ellos ponen en duda el planteo del problema en la consideración acerca de si hay o no un defecto en la motivación y capacidad para la involucración emocional. Según estos autores se desviaba inapropiadamente el concepto históricamente validado de personalidad esquizoide. El separar los extremos de un continuo, formulación de Kretschmer, en tipos distintos, TPE y *trastorno esquizoide*, era históricamente incorrecto.

En 1986, Akhtar responde estas críticas defendiendo clínicamente la postura de Millon. Para este autor el TPE es la contraparte caracterológica ego-sintónica de la neurosis fóbica así como el *trastorno obsesivo de personalidad* es la contraparte caracterológica ego-sintónica de la neurosis obsesiva.

De acuerdo con las guías para diagnósticos diferenciales que provee el DSM IV las dos condiciones, TPE y *trastorno esquizoide de personalidad* son distinguibles en función del deseo del individuo de contacto social o su indiferencia.

De todos modos, en la práctica estas distinciones no son fáciles toda vez que los pacientes muy frecuentemente presentan en forma poco clara, marginal o sesgada los elementos que ayudarían teóricamente a esa diferenciación. Pudiera ser que esta distinción entonces fuese más académica que real.

La investigación indica que todos los síntomas evitativos excepto el retiro social correlacionan negativamente con la lista esquizoide, y ahí el diagnóstico diferencial se hace fácil. Trull, Widiger y Frances (1987) definen diferencialmente al TPE como hipersensitivo, vergonzoso e inseguro y al esquizoide como indiferente, distante y frío, y destacan que en el TPE lo único que correlaciona positivamente con el *trastorno esquizoide de personalidad* es la evitación social.

Benjamin, en 1993, en su libro *Interpersonal Diagnosis of Personality Disorders*, señala que en definitiva el diagnóstico diferencial entre TPE y *trastorno esquizoide* no es difícil, dado que el *trastorno esquizoide de personalidad* es relativamente raro en poblaciones clínicas y el clínico no se topa con esa incertidumbre diagnóstica.

Comorbilidad con el Trastorno Dependiente de Personalidad

Lo señalado respecto a la escasa comorbilidad entre TPE y *trastorno esquizoide* no puede repetirse respecto a la superposición entre el TPE y el *trastorno dependiente de*

personalidad siendo que ambos ocurren con mucha frecuencia.

Según Belloch y Fernández Álvarez (2002), en *trastorno dependiente de personalidad*, la prevalencia tiene un enorme rango de dispersión, de un 2 al 48% en población clínica (con una media del 19%); ajustando los criterios podría hablarse de un 2% en población general y 22% en población clínica.

Stuart y cols. (1998), en el estudio antes citado, encontraron que el 59% de los pacientes de su muestra con *trastorno dependiente de personalidad* también padecían de TPE. Como señalaba Trull (1987), solo el síntoma de claro retiro social discrimina ambas condiciones. Mientras el TPE exhibe dificultades en aproximarse y entablar relaciones sociales, el *trastorno dependiente de personalidad* no.

Trull (1987) recolectó datos de 84 pacientes usando un cuestionario de entrevista de personalidad, encontrando que los ítems para el TPE covarían con el *trastorno dependiente de personalidad*, pero no con el *trastorno esquizoide de personalidad*.

Morey (1988) también encontró covariancia entre definiciones del DSM III-R en TPE y *trastorno dependiente de personalidad*, si bien más pronunciada era la superposición entre *trastorno esquizoide de personalidad* y *trastorno esquizotípico de personalidad*. Además de la superposición TPE y *trastorno dependiente de personalidad*, informó que en 291 pacientes con trastorno de personalidad, el 27.1% podría ser diagnosticado como TPE. Pero también encontró variancia entre TPE y otros trastornos de personalidad del eje II. Si el índice diagnóstico era el TPE, 44.3% también calificaba para *trastorno límite de personalidad*, 40.5% para *trastorno dependiente de personalidad* y 39.2% para *trastorno paranoide de personalidad*. O sea que el doble de personas con rasgos de dependencia, calificaban para TPE, con relación a las personas definidas por su conducta de apartamiento social (*esquizoides y esquizotípicos*).

En el caso de la comorbilidad entre TPE y *trastorno dependiente de personalidad* se plantea un tema muy complejo que presentan los sistemas categoriales. ¿Cómo puede entenderse que algunas personas eviten a otras y al mismo tiempo dependan de ellas? Esto puede asumirse si se acepta que un evitativo no evita absolutamente a todas las personas. El punto en cuestión aquí es la diferencia entre un sistema que trata a los trastornos de personalidad como entidades individuales con descripciones prototípicas (sistema categorial), versus la interpretación de rasgos específicos en el contexto de una personalidad integrada (sistema dimensional). La dependencia y la evitación pueden describir a una misma persona desde esta perspectiva más integradora. Este es un tema central de discusión entre los partidarios de los sistemas categoriales y los de los modelos dimensionales.

El modo en que los clínicos solucionan este tema, como entender desde la clasificación del DSM la complicación que supone un evitador que depende, es diagnosticando trastorno de personalidad no especificado en otra parte, lo cual según investigadores como Clark y cols. (1995) ha revelado ser la más común de las categorías diagnósticas utilizadas en la práctica clínica.

Millon (1996) propone una alternativa en su libro *Más Allá del DSM IV*, al plantear prototipos para cada entidad clínica. Así por ejemplo, sobre una denominación común, “patrón de repliegue”, hay evitadores con características dependientes, evitadores con características paranoides, etc.

Tratamientos

¿Por qué los pacientes con TPE nos consultan? Newman (1999) ofrece tres respuestas:

- 1] Alguien los manda, y esa demanda no está internalizada en las prioridades del TPE.
- 2] Los pacientes padecen altos niveles de ansiedad y requieren ayuda sintomática en este contexto; para ellos la conducta evitadora es secundaria a la ansiedad.
- 3] Comienzan a sentir que se pierden algo. Contemplan a los demás y sienten envidia, vergüenza y pena.

Belloch y Fernández-Alvarez (2002) señalan que los pacientes del cluster C (temerosos) son los que más consultan y donde es dable esperar más resultados. Su curso disfuncional los lleva a menudo a la depresión y en muchos casos a la enfermedad física; colon irritable, gastritis e hipertensión, que son las circunstancias que configuran la demanda psicoterapéutica.

En los TPE el tema es la búsqueda de alivio a las restricciones que su modo de ser les genera y el objetivo de la psicoterapia apunta a la autonomía de las mismas. Benjamin (1993), hace hincapié en la dificultad de estos pacientes para exponer sus intimidades, condicionados por su pobre autoconcepto y tratan de acomodar su discurso a lo que piensan que el terapeuta espera de ellos. Una conducta esperable es la de abandono de la terapia al sentirse heridos por los esfuerzos del terapeuta en ayudar. Esta autora habla de la relación terapéutica en términos de “metadona interpersonal”, advirtiendo al terapeuta que debe construir el vínculo como base de un aprendizaje y no como lazo de dependencia. El programa que ella ofrece para el tratamiento de TPE se basa en cinco puntos que contemplan facilitar la colaboración, facilitar el reconocimiento de patrones, bloquear patrones maladaptativos, reforzar la voluntad para abandonar patrones maladaptativos y facilitar un nuevo aprendizaje.

Para Beck y Freeman (1990) los TPE tenderán a desconfiar de la autenticidad del terapeuta y generar temores a su rechazo. La reestructuración cognitiva debe apoyarse en identificar y cambiar esos pensamientos, utilizando técnicas que fortalezcan la asertividad. Recomiendan el uso de juegos de roles, evocación guiada y dramatización como preparación a la exposición en vivo.

A su vez, Belloch y Fernández Alvarez destacan la importancia del uso de tareas intersesión en las que se programan acciones de afrontamiento, y recomiendan el uso de un diario de pensamientos y sentimientos como una manera de facilitar la reestructuración cognitiva.

Newman (1999) resume la preocupación inicial del terapeuta enfrentado al TPE en el siguiente pensamiento, “¿Cómo puedo ayudar a crear un ambiente terapéutico en el que mi paciente TPE se sienta lo suficientemente seguro para quedarse, y al mismo tiempo estimular y provocar su pensamiento lo suficiente como para iniciar un proceso de cambio?” El autor responde que, el riesgo de no lograr ese delicado equilibrio en la alianza terapéutica llevará a la fuga del tratamiento o a prolongar sesiones confortables pero superficiales.

Alden (2002) destaca que hay pocos estudios de investigación respecto a la eficacia de los tratamientos de TPE si se compara con *fobia social generalizada*. Los más citados son los farmacológicos, la terapia cognitivo-comportamental y la psicoterapia interpersonal. Si bien los tres abordajes han sido relativamente exitosos, el cognitivo-comportamental ha sido superior a la terapia interpersonal.

En 1989, Alden reportó resultados de un programa de terapia breve estructurada, (diez semanas, diseño grupal) para pacientes con TPE. La inclusión de procedimientos de entrenamiento en habilidades no contribuyó significativamente y si bien los logros se mantuvieron en el período de seguimiento, se encontraron muy pocas mejoras.

Los datos de investigación de eficacia de la terapia cognitivo-comportamental para pacientes con *fobia social generalizada*, con y sin *agorafobia* sin diagnóstico de TPE, ofrecen resultados mixtos. Algunos estudios (Feske y cols., 1996), sugieren que los pacientes con *fobia social generalizada*, sin TPE empiezan y terminan sus tratamientos con menos deterioro que los diagnosticados con TPE. También se demostró que los pacientes con *fobia social generalizada*, con y sin TPE mostraban niveles equivalentes de cambio a pesar de la diferencia en severidad en el pre-tratamiento (Brown y cols., 1995).

En abordajes psicofarmacológicos se encuentra un descenso significativo en TPE con el uso de ansiolíticos, (Alprazolam), IRS, (Venlafaxina) y una variedad de IMAOS. Altamura (1999) comparó el uso de IRS en pacientes con *fobia social* y TPE, encontrando que los que padecían *fobia social* solamente, mejoraban más que los que tenían comorbilidad con TPE, los cuales respondían más lentamente al tratamiento psicofarmacológico. A su vez, muchos pacientes con TPE reciben un diagnóstico secundario de depresión, por lo que se debe evaluar esta segunda condición. Esto no sucede con los pacientes con *fobia social generalizada*.

Muchos estudios de pacientes con TPE y *trastorno depresivo mayor* señalan que es posible predecir mayor deterioro social. Se observaron mejoras en la reducción de síntomas depresivos en tratamientos cognitivo-comportamentales y de terapia interpersonal, si bien con mejores índices en el primer procedimiento.

En 1994, Stravynski y cols., implementaron un programa de tratamiento en habilidades sociales encontrando que este entrenamiento podría ser una intervención promisoriosa.

Barber y Muenz (1996) examinan la eficacia de la terapia cognitiva y la terapia inter-

personal, concluyendo que la terapia cognitiva es más eficaz para pacientes deprimidos con TPE, y que la terapia interpersonal es más eficaz para pacientes deprimidos con *trastorno obsesivo compulsivo de personalidad*; además constatan que los pacientes casados obtienen mejores resultados después del tratamiento cognitivo mientras que los solteros mejoran más con terapia interpersonal.

En el tratamiento de pacientes con TPE ha de tenerse en cuenta la posibilidad del uso de alcohol u otras drogas a los efectos de eliminar la ansiedad (Stravynski, Lamontagne y Lavalee, 1986), con lo cual se incrementa el potencial de conductas y hábitos adictos que generan incompetencia social y minan la confianza en el paciente, ampliando las estrategias de evitación.

Algunos autores se refieren a la capacidad de los pacientes de generar autorreflexión respecto a sus problemas. Miembros del III Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma, Procacci, Semerari y cols. (2001) se refieren a los modos en que trabajar para mejorar las posibilidades de éxito terapéutico considerando las dimensiones de la vida mental. La propuesta terapéutica se opera al interior de las situaciones relacionales identificando los estados mentales más típicos que contribuyen a dificultar el establecer relaciones interpersonales y sociales razonables. Psicoterapeutas constructivistas proponen la reescritura de las narrativas de vida y la reestructuración de memorias presentes de eventos pasados (Goncalvez, 1995).

En el estudio prospectivo de Gude y cols. (2001), de la Universidad de Oslo, se trató a cuarenta y cuatro pacientes con *trastorno de pánico, con y sin agorafobia* en comorbilidad con *pacientes* con trastornos del cluster C determinando que los niveles de conciencia de afecto en el pre-tratamiento garantizaban una reducción en la patología de los TPE. El punto central es que esta capacidad podría ser un parámetro y predictor de resultado en pacientes agorafóbicos con TPE.

Un estudio comparativo de Oosterban y cols. (2002) investigó el valor predictivo de TPE en comorbilidad, comparando terapia cognitivo-comportamental, uso de IMAO y placebo. Se encontró que los pacientes con TPE mostraban un deterioro más severo que los que no tenían dicha comorbilidad, especialmente en contextos sociales. Los pacientes con TPE se beneficiaban más lentamente con el tratamiento en el corto plazo, pero en el largo plazo se equiparaban a los pacientes sin TPE; sin embargo tras quince meses se constataba mayor deterioro en los pacientes con TPE.

Cuando se piensa en el diseño de intervenciones psicoterapéuticas, habrá de tenerse en cuenta cómo las restricciones del evitador relajan su calidad de vida sin que el proceso sea evidente. Acercarse a esta conflictiva y generar confianza es un primer paso que debe ir seguido de empatía sintónica que posibilite el acceso. El evitador desea dejar de fracasar pero al mismo tiempo tiene temor de colaborar con su terapeuta, de allí la importancia de generar una alianza que de lugar a una actitud de mutua colaboración.

Para terminar, compartimos los datos que Chambless y Ollendick exhiben en el Annual Review of Psychology de 2001, donde revisan los trabajos sobre tratamientos empíricamente validados que desde su creación, en 1995, lleva adelante la División 12 de Psicología Clínica de la American Psychological Association.

Dos grupos trabajaron en TPE. Roth y Fonagy (1996) consideran que el entrenamiento en habilidades sociales está bien establecido, es específico y probablemente eficaz. Nathan y Gorman (1998) describen el tratamiento de exposición y el entrenamiento en habilidades sociales como probablemente eficaz.

Referencias Bibliográficas

- Akhtar, L. (1986). Differentiating schizoid and avoidant personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1061-1062.
- Alden, L. E., Lapsa, J. M., Taylor, C.T. & Ryder, A. G. (2002). Avoidant personality disorder: current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16(1).
- Alden, L. E. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6).
- Alnaes, R. & Torgersen, S. (1999). A 6 year follow-up study in anxiety disorders in

- psychiatric outpatients: development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53.
- Alpert, J. E., Uebelacker, L. A., McLean, N. E., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., Worthington, J. J., Tedlow, J. R., Rosenbaum, J. F. & Fava, J. M. (1997). Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27.
 - Altamura, A. C., Pioli, R., Vitto, M. & Mannu, P. (1999). Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non responders. *International Clinical Psychopharmacology*, 14.
 - American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3a. edición). Washington, DC.
 - American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3a. edición revisada). Washington, DC.
 - American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4a. edición). Washington, DC.
 - Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist?. On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 37.
 - Baillie, A. J. & Lampe, Lisa. (1998). Avoidant personality disorder: empirical support for DSM IV revisions. *Journal of Personality Disorders*, 12(1).
 - Barber, J. P. & 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(5).
 - Beck, A. T., y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
 - Belloch, A. & Fernández-Alvarez, H. (2002). *Trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
 - Benjamin, L. S. (1993), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
 - Boone, M. L., McNeill, D. W., Masia, C. L., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J. & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 13(3).
 - Brieger, P., Sommer, S., Blöink, R. & Marneros, A. (2000). The relationship between five factor measurements and ICD-10 personality disorder dimensions. Results from a sample of 229 subjects. *Journal of Personality Disorders*, 14.
 - Brown, E., Heimberg, R. & Juster, H. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder. Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioural treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
 - Chambless D. L., Renneberg, B., Bracely, E. J., Goldstein, A. M. & Fydrich, T. (2000). Axis I and II comorbidity in agoraphobia: prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research*, 10.
 - Chambless D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52.
 - Clark, L. A., Vorhies, L. & McEwen, J. L. (1994). Personality disorder symptomatology from the five factor model perspective. En P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger, (Eds). *Personality Disorders and the five factor model of personality*. Washington DC: American Psychological Association.
 - Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. . En R. Crozier., & L. Alden, (Eds), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Londres: John Wiley & Sons, Ltd.
 - Clark, L. A., Watson, D. & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46.
 - Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50.
 - Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N. & Stewart, S. S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2).
 - Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional journal manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Crino, R. D. & Andrews, G. (1996). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 30
- Crozier, & L. Alden, (Eds), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Londres: John Wiley & Sons, Ltd.
- De Fruyt, F., Van de Wiele., L. & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29.
- De Ronchi, D., Muro, A., Marziani, A. & Rucci, P. (2000). Personality disorders and depressive symptoms in late luteal phase dysphoric disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69.
- Devanand, D. P., Turret, N., Moody, B. J., Fitzsimmons, L., Peyser, S., Mickle, K., Nobler, M. S. & Roose, S. P. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8.
- Dreesen, L., Arntz, A., Hendriks, T., Keune, N. & van den Hout, M. (1999). Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: a pilot study with a pragmatic inference task. *Behavior Research and Therapy*, 37.
- Dutton, D. G. & Kerry, G. (1999). Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22.
- Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M., G., Dolan, R. T., Shea, m. T., Stout, R., L., Massion, A. O., Zlotnick, C. & Keller, M. B. (2001). Patterns of pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 15(1).
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone., A., Paionni, A. Scarpato, A., Vigliaturo., Rosi, D. D'adamo, D., Bartolozzi, D., Cecchi, C. & Abrardi, L. (2000). Epidemiology of a social phobia. *European Psychiatry*, 158(1).
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renenberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*. 10(2).
- Goncalvez, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies. En R. A. Niemeyer & M. J. Mahoney, (Eds). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Gude, T., Monsen, J.T. & Hoffart, A. (2001). Schemas, affect consciousness, and cluster C personality pathology: a prospective one-year follow up study of patients in a schema-focused short-term treatment program. *Psychotherapy Research*, 11(1).
- Harkness, A. R. & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five, (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. En Strack, S. & Lorr, M. , (Eds). *Personality*. New York: Springer.
- Hart, S. D., Dutton, D. G. & Newlove, T. (1993). The prevalence of personlity disorders among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders*, 7.
- Heimberg, R. A. (1996). Social phobia, avoidant personality, and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. En M. Salkovskis (Ed). *Trends in Cognitive and Behavior therapies*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Heinrichs, N. & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 21.
- Herbert, J., Hope, D. & Bellack, A. (1992). Validity of the distinction between generalized phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2).
- Hoffman, S. G., Newman, M. G, Ehlers, A. & Roth, W. T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1).
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J. & Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59.
- Livesley, W. J., Jang, K. L. & Vernon, P. A. (1998). Phenotypica nd generic structure of traits delineating personality disorder: implications for classification. *Archives of General Psychiatry*, 55.
- Livesley, W. J. & West, M. (1986). The DSM III distinction between schizoid and avoidant personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 31.
- López-Rodríguez, R., Altschuler, L. Kay, J., Delarhim, S., Mendez, A., & Engle, J. (1999). Personality disorders among medically refractory epileptic patients. *Journal of Nueropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 11.

- Lynam, D. R. & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*.
- Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(2).
- Meyer, B. & Carver, C.S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity and pessimism: a study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of Personality Disorders, 14*.
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proietti, M.S., Heape, C. L. & Egan, B.S., (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders, 15*(5).
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Millon, T. (1982). *Clinical Multiaxial Inventory Manual, (second edition)*. Minneapolis: National Computer System.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality. DSM IV and beyond*. Chichester: Wiley
- Morey, L. C. (1988) The categorical representation of personality disorder: a cluster analysis of DSM-III-R personality features. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3).
- Nathan, P. E. & Gorman, J. M. (1998). (Eds). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Newman, C., F. (1999). Showing up for your own life: cognitive therapy of avoidant personality disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice, 4*(4).
- Oldham, J, Skodol, A, Kellman, H, Hyler, S, Posnick, L & Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM III-R personality disorders by two semistructured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry, 149*, 213-220.
- Oosterban, D.B., van Balkom, A. J. L., Spinhoven, P., de Meij, T. G. J. & van Dyck, R. (2002). The influence on treatment gain of comorbid avoidant personality disorder in patients with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*.
- Paulhus, D. L. & Trapnell, P. D. (1998). Typological measures of shyness: Additive, interactive and categorical. *Journal of Research in Personality, 32*.
- Pepper, C. M., Klein, D. M., Anderson, R. L., Riso, L. P., Ouimette, P. C. & Lizardi, H. (1995). DSM III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry, 152*.
- Phillips, K. A. & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body and dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 41*(4).
- Procacci, M., Dimaggio, G. & Semerari, A. (2001). El trastorno de personalidad por evitación. De la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno. *Revista de Psicoterapia, XII*(45).
- Reich, J. The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. (2000). *European Psychiatry, 15*(3).
- Rettew, D. C. (2000). Avoidant personality disorder, generalized social phobia and shyness: putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 8*(6).
- Roth, A. D. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?. A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, Ch. A. & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*.
- Stravinsky, A., Belisle, M., Marcouller, M., Lavalee, Y. J. & Elie, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real life-settings. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*(8).
- Stravinsky, A., Lamontagne, Y., & Lavalee, Y. J. (1986). Clinical phobias and avoidant personality disorder among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation setting. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*(8)
- Stuart, S., Pfohl, B., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The co-occurrence of DSM III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 12*.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Frederikson, M. (2001). Social phobia and

- avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behavior Research and Therapy*, 39.
- Trull, T. J., Widiger, T. A. & Frances, A. (1987). Covariation of criteria sets for avoidant, schizoid and dependent personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144.
 - Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101,(2).
 - Van Velzen, C. J. M., Emmelkamp, P. M. G. & Scholing, A. (2000). Generalized phobia versus avoidant personality disorder: differences in psychopathology, personality traits and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4).
 - Watson, C. G., Barnett, M., Nikunen, L., Schultz, C., Randolph-Elgin, T & Mendez, C. M. (1997). Lifetime prevalences of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185.
 - Watson, D., Clark, L. A. & Carey, C. (1998). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97.
 - Westen, D. & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM V. *Journal of Personality Disorders*, 14.
 - Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101.
 - Widiger, T.A., (2001). Social anxiety, social phobia and avoidant personality. En R. Crozier & L. Alden, (Eds), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. London: Wiley & Sons, Ltd.
 - Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. En P.C. Kendall & J. N. Butcher, (Eds). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.
 - Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Pedersen, G., & Karterund, S. (1999). Borderline and avoidant personality disorders and the five factor model of personality: a comparison between DSM IV diagnoses and NEO-PI-R. *Journal of Personality Disorders*, 13.

Reglamento de publicaciones

- 1) Los artículos deben enviarse por E-mail a koldobsky@speedy.com.ar o por correo a: calle 35 n° 1473 - 1900 Las Plata - Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, presentados en diskette o CD, (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y 4 ó 5 palabras claves. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño A4, tipografía Arial, cuerpo 12. Tendrán palabras claves en inglés y castellano
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte con su respectivo texto (impresas en tres copias y en diskette o CD), cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) Los artículos para la sección "Cartas de lectores y comunicaciones breves" consistirán en presentaciones de caso/s, efectos poco frecuentes de drogas, comentarios sobre artículos ya publicados o sobre temas de interés acerca de personalidad y/o sus desórdenes. Deberán ser breves y concisos, evitando información complementaria. Con una extensión máxima de 2 páginas, con las características de edición del punto 2) y una breve bibliografía complementaria, según el punto 3). Salvo extrema necesidad y a criterio del Comité Editorial se podrán incluir tablas o ilustraciones.
- 7) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 8) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 9) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 10) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Instructions to authors

- 1) Articles should be submitted via e-mail to koldobsky@speedy.com.ar or posted to the following address: Calle 35 n° 1473 - 1900 La Plata - Argentina.
- 2) Articles must be original. The manuscripts must be typewritten in word processor format (Microsoft Word o Word Office), in either Spanish, Portuguese or English. Title must be brief and concise. Original reports will include author´s full name, affiliations and e-mail address.
All articles must be preceded by an abstract of 100-150 words and 4-5 key words. Full lenght for the manuscript should not exceed 15 pages (size A 4), typed in Arial 12.
- 3) References will be arranged in alphabetical order at the final part of the text. They will be numbered in ascendant order and the number regarding each reference will be included in the correspondant part of the text. E.g., Text: The paper which discuss about Schizophrenia in young people(4) was revised by subsequent authors(1).
References:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) When references include articles from periodical publications: author´s surname and name´s initials, article´s title, journal´s name (in which the article was published), date of publication, volume, number, initial and final page of the article.
b) When they include books: author´s surname and name´s initials, book´s title, city of printing, editor and date of the edition´s publication.
- 4) Aclaratory notes will be signaled within the text with an asterisk and will be developed at the bottom of the page.
- 5) Tables and figures will be carefully numbered and arranged within the text.
- 6) Articles can be submitted for a special section of Readers Notes and Short Reports. They will consist of case presentations, rare drugs´effects, coments either on articles already published or on interesting subjects about personality and/or its disorders. They must be brief and concise, avoiding supplementary information. Full lenght should not exceed 2 pages, with the same characteristics described in item 2) and a short complementary bibliography as required in item 3). Unless really necessary and with the Editorial Board´s authorization, tables or figures could be included.
- 7) Articles will be revised by at least, two members of the Scientific Committee. They will report the convenience of its publication to the Editorial Board and suggest if necessary, some modifications to be finally accepted.
- 8) Persona Journal is not responsible for neither signed articles nor expressed opinions of interviewed people.
- 9) Articles either accepted or not accepted will not be returned.
- 10) All the articles accepted for publication must be original and they are not to be reproduced in another journal whitout the Editorial Board´s authorization.