

Laura Rivera Ortega

**Trastorn Límit de la Personalitat i Trastorn de la
Personalitat Evasiva: casos clínics**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per Elisabet Sánchez Rodríguez

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, any 2021

Aquest Treball de Fi de Màster conté informació confidencial, per aquest motiu, no pot ser compartit en la seva totalitat.

Índex

1. Fonamentació teòrica dels trastorns treballats	1
1.1. Trastorn Límit de la Personalitat	2
1.1.1. Etiologia	2
1.1.2. Comorbiditats	3
1.1.3. Diagnòstic diferencial	4
1.1.4. Intervenció.....	5
1.2. Trastorn de la personalitat evasiva	6
1.2.1. Etiologia	6
1.2.2. Comorbiditats	7
1.2.3. Diagnòstic diferencial	8
1.2.4. Intervenció.....	9
2. Cas L.....	10
2.1. Presentació	10
2.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades.....	14
2.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema.....	17
2.4. Definició d'objectius d'actuació (tractament).....	18
2.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	19
2.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	23
2.7. Discussió dels resultats obtinguts	24
2.8. Seguiment: resultats.....	25
3. Cas J	26
3.1. Presentació	26
3.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades.....	30
3.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema.....	33
3.4. Definició d'objectius d'actuació	34
3.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	35
3.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	36
3.7. Discussió dels resultats obtinguts	37
3.8. Seguiment: resultats.....	38
4. Cas C.....	39
4.1. Presentació del cas	39
4.2. Explicació i justificació de les tècniques d'avaluació aplicades.....	43

4.3. Hipòtesis diagnòstiques, de manteniment i d'origen del problema.....	44
4.4. Definició d'objectius d'actuació	45
4.5. Explicació i justificació de les tècniques de tractament utilitzades	45
4.6. Presentació de dades post tractament: resultats aconseguits	47
4.7. Discussió dels resultats obtinguts	47
4.8. Seguiment: resultats.....	48
5. Anàlisi de les limitacions del treball	49
6. Conclusions crítiques sobre el que s'ha après i sobre els possibles canvis que caldria fer en el futur.....	50
7. Bibliografia.....	52
8. Annexes	61
8.1. Annex 1	61
8.2. Annex 2	62

1. Fonamentació teòrica dels trastorns treballats

La personalitat és una estructura multifactorial dinàmica formada per un constructe biològic i un d'ambiental interrelacionats, que consta de factors conductuals, emocionals, socials i cognitius que caracteritzen a un individu en particular (García-López, *et al.*, 2010; Seelbach, 2013). L'alteració de qualsevol d'aquests components pot donar lloc a un trastorn de la personalitat (García-López *et al.*, 2010). Aquests trastorns es caracteritzen per un patró de comportament o experiència interna durador i inflexible que es desvia de l'esperable culturalment i genera significatiu malestar (Stover, 2015). El Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns mentals (DSM-5) classifica els trastorns de la personalitat en tres grups (American Psychiatric Association [APA], 2013, Stover, 2015):

- Trastorns de la personalitat del Grup A que es caracteritzen per ser estranys o excèntrics. En formen part el trastorn de la personalitat paranoide, el trastorn de la personalitat esquizoide i el trastorn de la personalitat esquizotípica.
- Trastorns de la personalitat del Grup B, on es recullen personalitats més impulsives, dramàtiques i teatrals. En aquest grup es troben el trastorn de la personalitat antisocial, el trastorn de la personalitat límit, el trastorn de la personalitat histriònica i el trastorn de la personalitat narcisista.
- Trastorns de la personalitat del Grup C, on pertanyen les personalitats temoroses i ansioses. En aquest grup s'engloben el trastorn de la personalitat evasiva, el trastorn de la personalitat dependent i el trastorn de la personalitat obsessiva-compulsiva.

1.1. Trastorn Límit de la Personalitat

Dintre dels trastorns de la personalitat, el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) és el més estudiat en l'actualitat (Regalado i Gagliesi, 2012). Segons el DSM-5 (APA, 2013), el TLP es defineix com un patró d'instabilitat dominant de les relacions interpersonals, autoimatge i de l'afecte i impulsivitat intensa, present en diferents contextos i que comença en les primeres etapes de l'adulthood (Annex 1).

Mosquera i González (2013) destaquen de les persones diagnosticades de TLP la seva alta reactivitat a factors externs, la sensació de vulnerabilitat quasi permanent i la gran dificultat per a funcionar de manera efectiva durant un període llarg de temps, el que fa que aquestes persones tinguin la percepció, generalment, de no encaixar a la societat.

S'estima que el TLP afecta entre el 2 i el 6% de la població general (Gunderson, 2009). Dels pacients que tenen aquest diagnòstic, s'estima que el 75% són dones (APA, 2000). Per altra banda, els individus que reben el diagnòstic solen estar en edats compreses entre els 19 i els 34 anys i tenen un nivell socioeconòmic mitjà (Grupo de Trabajo de la GPC sobre trastorno límite de personalidad, 2011).

1.1.1. Etiologia

Respecte a l'etiologia del TLP, s'han tractat d'associar múltiples factors, però encara no s'ha trobat cap evidència clara (García-López *et al.*, 2010). Ferrer *et al.* (2011) recullen alguns dels possibles elements d'origen. En primer lloc, les autores observen que el TLP és freqüent en familiars que també presentin TLP o antecedents de trastorns de l'estat d'ànim i de la impulsivitat. Per aquest motiu, van proposar l'heretabilitat del trastorn juntament amb la

influència de l'ambient, a partir d'una interacció gen-ambient activa. García-López *et al.* (2010) senyalen, però, la rellevància de la interacció entre l'ambient i la genètica, ja que malgrat un individu pot posseir la vulnerabilitat genètica, si el seu entorn és adequat, pot no desenvolupar el TLP. Ferrer *et al.* (2011), basant-se en estudis neurobiològics, reporten que en el TLP hi ha gairebé un 70% d'heretabilitat que es troba sobretot relacionada amb trets de la personalitat, impulsivitat i inestabilitat emocional.

Altres autors van relacionar la simptomatologia límit amb les experiències relacionals del desenvolupament, establint relació entre l'apego primerenc i el TLP (Barone, 2003; Mosquera i González, 2013).

Per altra banda, Ball i Links (2009), a la seva revisió sistemàtica sobre la relació entre el trauma i el TLP, van trobar que experimentar un trauma seria considerat un dels possibles factors causals en el desenvolupament del TLP, com a part d'una etiologia multifactorial. Graybar i Boutilier (2002), van informar, a partir d'una revisió de la literatura sobre TLP i traumes infantils, que entre un 60 i un 80% dels pacients amb TLP havien estat víctimes d'abús sexual maltractament físic o verbal i negligència.

1.1.2. Comorbiditats

El TLP es caracteritza perquè rarament es diagnostica de manera aïllada, és a dir, es troba comòrbid amb altres patologies i aquest fet afecta al seu curs, pronòstic i tractament. Entre totes, la comorbiditat més freqüent i la que pot agreujar més el pronòstic és amb el trastorn per abús de substàncies que es troba entre un 64 i 66% dels casos de TLP (Ferrer *et al.*, 2011). Cabeza-Monroy i Palomino-Huertas (2010), van trobar que altres comorbiditats molt comunes van ser amb els trastorns de l'estat d'ànim en un 52,2% dels casos.

Fornaro *et al.* (2016), de fet, van trobar el trastorn bipolar en 20% dels casos de TLP. Cabeza-Monroy i Palomino-Huertas (2010), van trobar comorbiditats dels trastorns d'ansietat (fòbia específica, trastorn obsessiu-compulsiu, entre d'altres) en un 18,5% dels cassos, trastorns somatomorfs, en l'1,08% dels casos i intents de suïcidi o suïcidalitat. Yalvac *et al.* (2014) van trobar que el 90% dels pacients amb algun tipus de trastorn de personalitat havien tingut intents de suïcidi i que entre ells el 66% tenien TLP. Gargallo *et al.* (2003), en una revisió sistemàtica sobre bulímia nerviosa i trastorns de personalitat, van trobar que el 64% dels trastorns de personalitat del Clúster B, presentaven una alta prevalença de trastorns de la conducta alimentària (TCA) i que el 57% eren cassos de TLP. Específicament, aquests autors van estimar que la comorbiditat entre TLP i bulímia oscil·lava entre el 34 i 40%. També, hi ha una alta relació entre el trastorn per estrès posttraumàtic i el TLP, on es va trobar una comorbiditat en el 30,2% (Pagura *et al.*, 2010). A més a més, els trastorns associats al TLP són diferents segons el sexe. En els homes seria més comú l'abús de substàncies i en les dones els TCA, d'ansietat, de l'estat d'ànim o per estrès posttraumàtic (García-López *et al.*, 2010, Sansone i Sansone, 2011). Per altra banda, el TLP pot coexistir amb un altre trastorn de la personalitat. El més comú és trobar comorbiditats amb trastorns de la personalitat del Clúster C; principalment, amb el Trastorn dependent (70%) (García-López *et al.*, 2010). També són comuns el trastorn histriònic, l'antisocial i l'esquizotípic (Escribano, 2006).

1.1.3. Diagnòstic diferencial

Paris (2018) exposa els diferents diagnòstics diferencials necessaris en el TLP. En primer lloc, amb la Depressió Major, l'autor designa que la principal

diferència rau en que en aquesta el baix estat d'ànim és permanent independentment dels estímuls ambientals, mentre que en el TLP hi ha una gran reactivitat externa i hi ha fluctuacions de l'estat d'ànim.

Entre el Trastorn Bipolar i el TLP hi ha superposició de símptomes. Però en el Trastorn Bipolar la inestabilitat s'associa a canvis d'humor sostinguts, mentre que en el TLP els patrons d'humor transitoris es produeixen en resposta a estressors externs interpersonals (Paris i Donald, 2015).

Segons Fortes-Álvarez *et al.* (2012), els pacients amb TLP poden tenir episodis micropsicòtics, però tenen una curta duració i la intensitat és insuficient per a fer un diagnòstic d'una patologia psicòtica.

Finalment, segons l'APA (2002), en relació a altres trastorns de la personalitat, es pot diferenciar del trastorn per dependència perquè en aquest darrer cas, davant de la por a l'abandonament, reaccionen amb submissió.

En diferenciació amb el trastorn histriònic, malgrat comparteix canvi ràpid d'emocions, els pacient amb TLP tenen el sentiment de buit i més sentiments d'ira o autrodestrucció (APA, 2002). A més, com destaca Perrotta (2020), en el Trastorn histriònic es dóna una aparença sociable i seductora.

Per últim, el trastorn antisocial comparteix amb el TLP la conducta per manipular als altres, però la finalitat en ambdós és diferent, ja que en el TLP l'objectiu és obtenir atenció, mentre que els perfils antisocials busquen la gratificació o treure'n profit (Fortes-Álvarez *et al.*, 2012).

1.1.4. Intervenció

A la comparació de tractaments destinats al TLP de Font-Domènech (2019), va trobar que les psicoteràpies estructurades resultaven més beneficioses per a la millora d'aquests pacients, tant en la seva simptomatologia com en el

seu funcionament. Les que van trobar-se efectives van ser la Teràpia Dialèctica Conductual, el programa STEPPS, la Psicoteràpia Centrada en la Transferència, la Teràpia Centrada en Esquemes i la Psicoeducació.

1.2. Trastorn de la personalitat evasiva

Les persones amb un Trastorn de la personalitat evasiva, es caracteritzen per un sentit negatiu de sí mateixos. Són individus que es mostren tímids i reservats en situacions socials o professionals, evitant-les malgrat desitjar-les, a causa de la por a ser humiliats o fer el ridícul (Esbec i Echeburúa, 2011). Com senyalen Feixas *et al.* (2016) les persones amb trastorn de la personalitat evasiva, a causa de les poques habilitats socials i al temor a l'avaluació negativa, fan ús d'estratègies d'evitació.

El DSM-5 (APA, 2013) defineix aquest trastorn com un patró dominant d'inhibició social, caracteritzat per una hipersensibilitat a l'avaluació negativa i sentiments d'incompetència. És necessari que es trobi present en diferents contextos i el seu inici es pot situar a l'edat adulta (Annex 2).

La validesa d'aquest trastorn com a tal ha estat qüestionada per alguns experts per la confusió que hi ha amb la Fòbia social, encara així les investigacions han trobat una prevalença d'entre l'1,5% i el 2,5% (Coid *et al.*, 2006 i Grant *et al.*, 2004). Per altra banda, el risc en dones és significativament més alt que en homes (Grant *et al.*, 2004).

1.2.1. Etiologia

Per comprendre l'etiologia del trastorn de la personalitat evasiva, els diferents estudis han trobat que cal tenir en compte diferents aspectes. En primer lloc, Gjerde *et al.* (2013) van estudiar la relació del trastorn de personalitat

evasiva amb els factors genètics i van concloure que el 64% del trastorn podia ser explicat per factors heretats, sense diferències entre sexes. Aquest coeficient defineix la proporció de la variància total en un tret que té en compte els factors genètics.

Beeney *et al.* (2015) van trobar que els problemes generats en l'apego serien reflectits en la dificultat per establir els límits amb els altres. Els autors, van suggerir que l'apego ansiós es podia manifestar en aquests trastorns com problemes per a mantenir les opinions pròpies o la claredat emocional en les experiències dels altres. També van trobar una relació directa del trastorn amb l'apego evasiu. Aquests resultats es relacionarien amb les afirmacions de Brennan i Shaver (1998), que van associar els estils afectius ansiós i evasiu a un autoconeixement negatiu i el temor a les relacions íntimes.

Rettew *et al.* (2012) van estudiar els antecedents de la infància de les personalitats evasives. Els seus resultats van reportar que els pares tenien carències en les capacitats socials, però que els pacients presentaven menys història d'abús sexual i negligència física que en altres trastorns de la personalitat.

A més a més, s'ha proposat un paper dels factors temperamentals. Eggum *et al.* (2009) van trobar que la rigidesa en la personalitat, la hipersensibilitat, la baixa recerca de novetats, un sistema d'inhibició hiperactiu i l'evitació als danys serien trets rellevants que facilitarien el desenvolupament del trastorn.

1.2.2. Comorbiditats

Entre les comorbiditats que es poden trobar, el Trastorn de la personalitat evasiva es troba sovint comòrbid amb l'abús de substàncies (Lampe i Malhi, 2018). En el treball de Fernández-Serrano *et al.* (2011) sobre l'addició a la

cocaïna, van trobar que un 22% dels pacients amb trastorn evasiu presentaven també un problema d'abús a la cocaïna.

Lampe i Malhi (2018) també van senyalar la comorbiditat que es troba freqüentment amb la depressió. En els quadres depressius, Alpert *et al.* (1997), van trobar una alta comorbiditat en els pacients amb depressió, el trastorn evasiu i la Fòbia social.

Per altra banda, hi ha una alta comorbiditat amb la Fòbia social. Cox *et al.* (2009) senyalen que són dues patologies molt relacionades, però també potencialment separables. En el seu estudi, van trobar una comorbiditat en el 40% dels casos. Caballo *et al.* (2010) van trobar que les correlacions més altes de la Fòbia social i els trastorns de la personalitat es donaven amb el trastorn evasiu i el dependent.

En els TCA és comú trobar comorbiditats amb trastorns de la personalitat, però els més freqüent són el trastorn evasiu i el TLP (Molina *et al.*, 2019). Martín-Murcia *et al.* (2001) van trobar que, concretament, el trastorn de la personalitat evasiva presentava una relació més alta amb anorèxia nerviosa que en bulímia nerviosa.

La comorbiditat amb altres trastorns de la personalitat també és freqüent, especialment, amb els del clúster C (Lampe i Malhi, 2018). Caballo i Prieto (2002) destaquen que la comorbiditat entre el trastorn evasiu i el trastorn de la personalitat dependent és major que amb altres trastorn de l'Eix II.

1.2.3. Diagnòstic diferencial

És complicat establir un diagnòstic clar entre el trastorn de personalitat evasiva i la Fòbia social generalitzada. Caballo i Prieto (2002), contemplen que és difícil trobar un sense l'altre, ja que la major part dels criteris són

compartits i poden formar part del mateix continu. Plantegen doncs que la diferenciació es trobaria en la gravetat i la profunditat del trastorn.

Altrament, el trastorn de personalitat dependent i el trastorn de la personalitat evasiva es troben marcats per sentiments d'insuficiència, necessitat de tranquil·litat i hipersensibilitat, però es pot trobar la diferenciació en que els primers cerquen la proximitat, mentre que els altres fan una retirada social (Lampe i Malhi, 2018).

També es presenten certs trets característics compartits amb el trastorn de la personalitat esquizoide i esquizotípic, però la diferència rau en que l'aïllament social en aquests perfils es dona per una falta d'interès en el contacte amb altres i no com a mecanisme de defensa (Skodol, 2019, Caballo i Prieto, 2002). A més, com indiquen Caballo i Prieto (2002), les persones amb trastorn esquizoide o esquizotípics no sembla que experimentin patiment per la seva soledat.

1.2.4. Intervenció

Pel que fa al tractament, Rees i Pritchard (2015) indiquen que la investigació sobre el tractament és escassa i hi ha una clara absència d'aproximacions que s'hagin demostrat eficaces. Els autors plantegen la Teràpia cognitiva breu com a possible tractament eficaç. Per altra banda, Emmelkamp *et al.* (2006) van trobar que la Teràpia cognitivo-conductual generava millores significatives en comparació a la Teràpia Dinàmica Breu. Bateman i Fonagy (2008) també van trobar que els tractaments d'orientació psicodinàmica i els conductuals resultaven efectius.

7. Bibliografia

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) (4th Ed). Elsevier Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5 ed.). Médica Panamericana.

Alpert, J. E, Uebelacker, L. A. i McLean, N. E. (1997). Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: Co-ocurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27, 627-633.

Ball, J.S. i Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.

Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development* 5(1): 64- 77.

Beeney, J.E., Stepp, S.D., Hallquist, M.N., Scott, L.N., Wright, A.G., Ellison, W.D., Nolf, K.A. i Pilkson, P.A. (2015). Attachment and social cognition in borderline personality disorder: specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 207-215.

Bateman, A.W. i Fonagy, P. (2008). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of psychiatry*, 177, 138-143.

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Brennan, K.A. i Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66(5), 835–878.
- Cabeza-Monroy, G.M. i Palomino-Huertas, L.D. (2010). Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la Personalidad. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatria*, 11, 97-104.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. i Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-531.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales*. Multi-Health Systems.
- Corral, S. González, M. Pereña, J. i Seisdedos, N. (2006). *Manual inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2*. Tea ediciones.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26(4), 354–362. <https://doi.org/10.1002/da.20475>

- Derogatis, L. R., i Savitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (p. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Eggum, N.D., Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Valiente, C., Edwards, A., Kupfer, A.S. i Reiser, M. (2009). Predictors of withdrawal: possible precursors of avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 815–838.
- Emmelkamp, P.M.G, Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G.A., Koster, H.C. i van Apeldoorn, F.J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 60-64.
- Esbec, E. i Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM- V. *Actas Españolas Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Escribano-Nieto, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Feixas, G., Antequera, M., Almuedo, G. i Bach, L. (2006). La estructura cognitiva de los trastornos de personalidad de evitación y dependiente: un estudio con la técnica de rejilla. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 11(3), 147-154.
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., Viedma-del Jesús, M.I., Sánchez-Barrera, M.B. i Verdejo-García, A. (2011).

Negative mood induction normalizes decision making in male cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology*, 217, 331-339.

Font-Domènech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión sistemática de las intervenciones TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212.

Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Solmi, M., Veronese, N. i Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 105-118.

Fortes-Álvarez, J.L., Sánchez-Cabezudo, A. i Antequera-Iglesias, J. (2012). Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 16(12), 2-9.

Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R., i Muñoz, P. E. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlations. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.

- García-López, M.T., Martín-Pérez, Otín-Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- Gargallo-Masjuán, M., Fernández-Aranda, F. i Raich, R.M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 335-349.
- Gjerde, L., Czajkowski, N., Roysamb, E., Orstavik, R.E., Knudsen, G.P., Otsby, K., Torgersen, S., Myers, J., Kendler, K.S. i Reichborn-Kjennerud, T. (2012) The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 448-457.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. i Pickering, R.P.(2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-58.
- Graybar, S. i Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 152-162.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

- Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Henderson, M. i Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Kooij, J.J.S. i Francken, M.H. DIVA 2.0. Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos. Diagnostic Interview for ADHD in adults. DIVA Foundation. Disponible a:
https://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_ESPANOL_FORM.pdf
- Lampe, L. i Malhi, G.S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 55-66.
- Martín-Murcía, F.M., Motos-Alarcos, A. i Aguila. (2001). Personalidad y Trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo con el MCMI-II. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1, 2-8.
- Millon, T. (2002). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual (3.ª ed.)*. TEA.
- Molina-Ruiz, R.M., Alberdi-Páramo, I., Castro-Oller, M., Gutiérrez, N., Carrasco, J.L. i Díaz-Marsá, M. (2019). Personality in patients with eating disorders depending on the presence/absence of comorbidity

with borderline personality disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 109-120.

Mosquera, D. i González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 1-35.

Pagura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox, B.J., Grant, B. i Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190–1198.

Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41, 575-582.

Paris, J. I Donald. B. (2015). Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. What is the difference and Why Does it Matter? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 3-7.

Perrotta, G. (2020). Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry Treatment*, 4(1): 043-056. DOI: [10.17352/apt.000020](https://doi.org/10.17352/apt.000020)

Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., i Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal [Adaptation of a body dissatisfaction assessment instrument]. *Clínica y Salud*, 7(1), 51–66.

- Regalado, P. i Gagliesi, P. (2012). Encuesta a profesionales de la salud mental sobre diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 66-75.
- Rees, C. I Pritchard, R. (2015). Brief cognitive therapy for avoidant personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 45-55.
- Reitan, R.M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271-276.
- Rettew, D.C., Zanarini, M.C., Yen, S., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Shea, M.T., Mcglashan, T.H., Morey, L.C., Culhane, M.A., i Gunderson, J.G. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: a retrospective study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9):1122-1130.
- Rivas, T., Bersabé, R. i Jiménez, M. (2004). Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 12, 447-461.
- Sansone, R. i Sansone, L. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16-20.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18(3), 287-304.
- Sanz, J., Perdigón, A.L. i Carmelo, V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

- Skodol, A. (2019). Trastorno de la personalidad evitativa. *Manual MSD: versión para profesionales*. Recuperat de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-la-personalidad-evitativa-por-evitación-tpe>
- Stover, J.B. (2015). Los trastornos de personalidad. El DSM-5. En M.M. Fernández Liporace & A. Castro Solano (eds.), *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos, teoría e instrumentos* (pp. 65-106). Lugar.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (7a ed. rev.). TEA.
- Wechsler, D. (2012). WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual de aplicación y corrección. NCS Pearson, Inc. Edición original, 2008.
- Yalvaç, H.D., Kaya, B., i Ünal, S. (2014). Personality disorders and some clinical variables in suicidal individuals. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1), 24-30.
- Zung, W.W. (1965). A self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

8. Annexes

8.1. Annex 1

Per a realitzar un diagnòstic de trastorn límit de la personalitat, el DSM-5 (APA, 2013) requereix del compliment de cinc dels nou criteris següents:

- Esforços desesperats per evitar l'abandonament real o imaginari.
- Patró de relacions interpersonals intenses i inestables que es mouen entre la idealització i la devaluació de l'altre.
- Alteracions de la identitat amb una intensa inestabilitat en l'autoimatge i el sentit del jo.
- Impulsivitat en dues o més àrees que poden ser perjudicials com ara el sexe, les drogues o els afartaments alimentaris.
- Amenaces, actitud o conductes recurrents de suïcidi o conductes autolítiques.
- Inestabilitat afectiva a causa de una significativa reactivitat de l'estat d'ànim (per exemple, irritabilitat, ansietat, etc.)
- Sensació de buit crònica.
- Enuig intens i inapropiat, o dificultat per controlar la ira.
- Idees paranoides transitòries relacionades amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

8.2. Annex 2

Segons el DSM-5, per a fer un diagnòstic de trastorn de la personalitat evasiva es requereix la manifestació de quatre o més dels següents criteris:

1. Evitació de les activitats laborals que requereixen contacte interpersonal significatiu, per temor a rebre crítiques, desaprovació o rebuig.
2. Si no hi ha la seguretat de ser apreciat, hi ha poca predisposició per establir relacions interpersonals.
3. Es mostra retret en les relacions properes, per por a ser ridiculitzat o avergonyit.
4. Preocupació per ser criticat o rebutjat en les situacions socials.
5. Es mostra inhibit en noves situacions interpersonals, per la percepció de no ser acceptats.
6. Visió de si mateix com una persona amb poc atractiu personal, inferior a la resta i socialment inepte.
7. És reticent a prendre riscos personals o implicar-se en noves experiències per por a la vergonya.