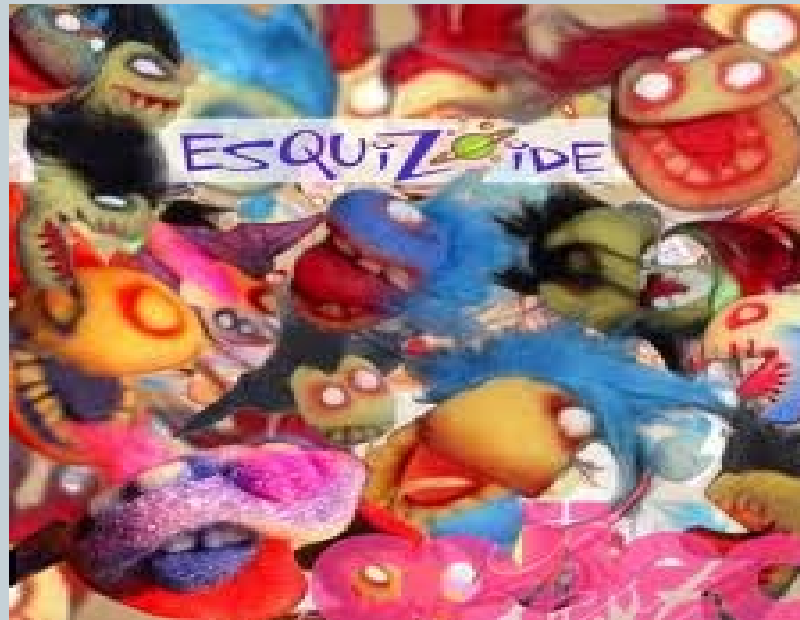


Trastorno de la personalidad Esquizoide

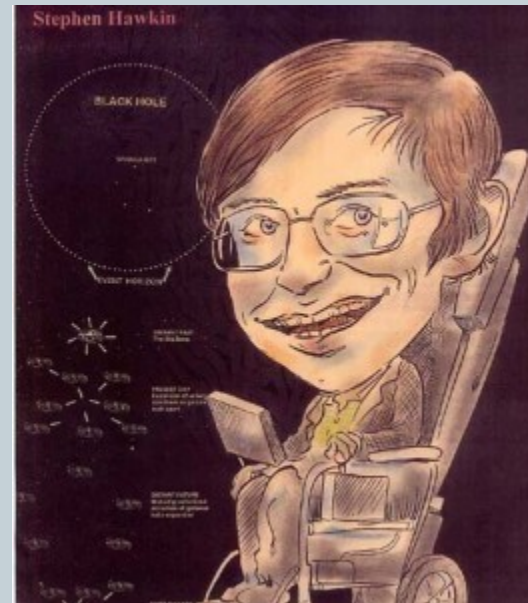


Crterios CIE-10

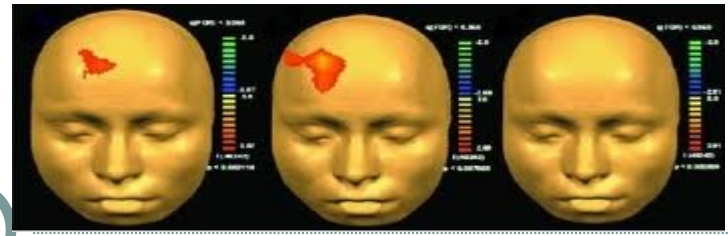
- **F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad**

- Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- **a)** Incapacidad para sentir placer (**anhedonia**).
- **b)** **Frialdad emocional**, desapego o embotamiento afectivo.
- **c)** Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- **d)** Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- **e)** Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (edad).
- **f)** Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- **g)** Marcada preferencia por devaneos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- **h)** Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, que se limitan a una sola persona o al deseo de poder tenerlas.
- **i)** Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.
- Excluye:
 - Esquizofrenia (F20.-).
 - Trastorno esquizotípico (F21).
 - Síndrome de Asperger (F84.5).
 - Trastorno de ideas delirantes (F22.0).
 - Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).



Factores biogénicos



- No existen pruebas concluyentes.
- Herencia
- Patrón infantil de reactividad pasiva: baja capacidad de respuesta sensorial, con pocas expresiones de afecto por parte de los cuidadores.
- Estructura corporal: delgados y frágiles, tendentes a reservar sus energías.
- Déficit neurológico de los sistemas límbico o reticular.
- Dominancia del sistema parasimpático: desequilibrio adrenérgico-colinérgico. Esto explicaría la falta de reactividad, la apatía y el aplanamiento emocional.
- Descontrol neurohormonal. Los excesos o deficiencias de Acetilcolina y NA pueden provocar la proliferación o inhibición de los impulsos neurales, dando lugar a déficits afectivos.

Factores psicógenos



- Pobreza de estimulación durante el estadio de vinculación sensorial.
- Ambientes familiares formales e impasibles, donde los miembros se relacionan de forma aislada, que los esquizoides tienden a imitar.
- Comunicaciones familiares fragmentadas o amorfas.



Características patogénicas del trastorno

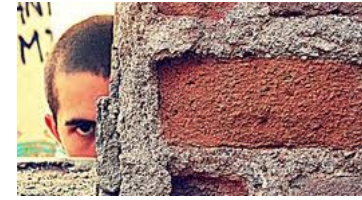


- Comportamiento insensible, que hace que sean poco atractivos para los demás y que continúen desvinculados.
- Conciencia perceptiva disminuida. Poco perceptivos socialmente. A consecuencia, excluyen la posibilidad de aprender de las experiencias que le procurarían una vida social más diversificada.
- Inactividad social. Sólo llevan a cabo las actividades para su trabajo u obligaciones familiares.





Subtipos



- **El esquizoide lánguido (depresivo):**

- Forma de relacionarse insípida.
- Carencia de vitalidad.
- Déficit de iniciativa social.
- Empobrecimiento afectivo.
- Vaguedad cognitiva en cuestiones interpersonales.
- Fatigabilidad, anergia.
- Debilidad en la espontaneidad motora.
- Experimenta la vida como algo monótono, con períodos de soledad con sentimiento de vacío.
- Deficiencia en la expresión de afectos, que puede proceder de una incapacidad anhedónica para mostrar entusiasmo o experimentar placer.

- **El esquizoide embotado (compulsivo):**

- Deficiencia emocional. Fríos, desapasionados, imperturbables.
- Incapacidad para activar cualquier emoción intensa, sea de carácter social o antisocial. Posee una calidez mínima, pero también una mínima ira u hostilidad.



- **El esquizoide distante (evitador):**

- Los niños sometidos a hostilidades y rechazo familiar pueden retirarse protectoramente de forma que se reduzca su potencial original para sentir y relacionarse con el mundo externo. Desean mantener relaciones interpersonales y sentir emociones intensas, pero han aprendido que pueden producir una angustia y decepción extrema.
- Papel periférico aunque dependiente en las relaciones familiares y sociales.
- Baja autoestima.
- Problemas en relación con la autonomía y la competencia social.
- Observadores desvinculados del mundo.
- Autodespreciativos.
- Autoimagen de ser indigno de afecto.
- Cada vez más distantes con los demás.
- Fuerza de voluntad débil.

- **El esquizoide despersonalizado (esquizotípico):**

- Parece que contemplan una realidad interna que los sitúa cada vez más en su aislamiento, pero no están absortos en nada en particular.
- Parecen ocupar un espacio vacío, desvinculados de las acciones y los sentimientos de los demás y los suyos.
- Sus pensamientos y sentimientos son un grupo confuso y deslabazados de ideas desconectadas.



Comorbilidades



- **Eje II:**

- Más prevalencia: evitadora (30-35%).
- La asociación con el trastorno esquizotípico es del 25-30%.
- Moderada: dependiente y obsesivo.



- **Eje I:**

- Síndromes de ansiedad. Los esquizoides pueden “explotar” ante estimulación excesiva, o con despersonalización ante la falta persistente de estimulación, pero rara vez muestran una emotividad intensa o ansiedad crónica.
- Síndromes maníacos. Los esquizoides pueden presentar breves episodios de excitación maníaca con el fin de **contrarrestar la ansiedad debida a la despersonalización**
- Síndromes obsesivos-compulsivos. Los períodos prolongados de aislamiento social, con sus consecuentes períodos de ruminaciones, pueden producir pensamientos obsesivos, **la mayoría sin sentido** -¿dónde he visto una silla con una sola pata?-, vívidos sin carga emocional, aunque pueden afectar a las actividades diarias.
- Síndromes somatomorfos. Los trastornos hipocondríacos se convierten en características prominentes cuando se dan en personas esquizoides. Tras prolongados períodos de hastío, sensaciones físicas no diagnosticables e insomnio persistente, estos pacientes pueden caer en un estado de irritabilidad y referir dolor en regiones distintas, desconectadas y cambiantes del cuerpo.
- Síndromes esquizofrénicos. El síntoma más característico es el profundo letargo e indiferencia hacia el entorno. Se mueven con apatía, sus rostros carecen de vida, su discurso es lento, se aíslan y no se involucran en actividades.

Diagnóstico Diferencial



- Trastorno de despersonalización. La amplitud y el número de síntomas, y las características específicas de “frialdad” interpersonal e indiferencia social deben ayudar a diferenciar entre el trastorno de personalidad y el **más delimitado y transitorio trastorno de despersonalización**.
- Trastornos esquizofrénicos. La prominencia de las ideas delirantes, las alucinaciones y las alteraciones del pensamiento separan el diagnóstico de esquizofrenia de los **síntomas más leves y no psicóticos del esquizoide**. A veces, de forma prodrómica, se pueden observar conductas esquizoides.
- Personalidad esquizotípica. **Los esquizotípicos son más excéntricos y extravagantes** que los esquizoides, los cuales se caracterizan por su aplanamiento, monotonía y pesadez. Los esquizotípicos muestran algunos signos esquizofrénicos compartidos con los esquizoides, como la restricción o frialdad afectiva. Las distorsiones perceptivas no existen en el individuo esquizoide. Las cualidades de ambos suelen entremezclarse a medida que el esquizoide se descompensa y es tratado en instituciones en las que pueden ser observados y adoptar manierismos.
- Personalidad evitadora. Los evitadores están aislados, pero desean afecto y aceptación social; en cambio, los **esquizoides se aíslan porque son indiferentes a los demás**; su aislamiento es pasivo.
- Personalidad depresiva. **El depresivo puede experimentar profundos sentimientos**, a diferencia del esquizoide.
- Personalidad paranoide. **El esquizoide no presenta la suspicacia y la ideación cuasi delirante** de las personas paranoides, a pesar del aislamiento social común de ambas personalidades.
- Personalidades obsesivas. **Los obsesivos** presentan fuertes reacciones afectivas frente a circunstancias problemáticas, y **desean y son capaces de intimidades personales y sociales** a las que el esquizoide no puede acceder, a pesar de la restricción emocional que comparten ambas personalidades.
- Autismo. **Forma más grave y de inicio más temprano de alteración del desarrollo**.



Estudio de un Caso



- Los datos del **test de Rorschach** del esquizoide mostrarán un número bajo de respuestas, incluyendo rechazos ocasionales.
- El registro de respuestas **TAT** está limitado tanto en amplitud como en interés; las caracterizaciones y los temas que presentan los esquizoides son insípidos y poco desarrollados.
- En los esquizoides relativamente integrados socialmente, las escalas básicas del **MMPI** se sitúan alrededor de la normalidad. Pueden verse reflejadas características como introversión, anhedonia y estrés.

Caso Clínico. Harriet S., 22 años de edad, universitaria, soltera.



- **Harriet** personificaba la figura de la joven universitaria. Buscó consejo a petición de su compañera de cuarto, porque ambas pensaban que podía tener tendencias homosexuales.
- Harriet rara vez disfrutaba cuando acudía a una cita; no es que le “disgustaran” los besos, sino que “no experimentaba ningún placer” (**déficit de afectividad**). Empezó a aislarse para evitar ir a fiestas, ya que prefería quedarse en casa estudiando o viendo la tele. Era una excelente estudiante.
- Sus compañeras la consideraban distante y reservada. Raras veces se implicaba en actividades sociales y tenía pocos amigos, a excepción de su compañera de cuarto.
- Una vez tuvo una relación con un muchacho que duró varios meses. Era un joven tranquilo e introvertido con el que iba de excursión y con el que coincidía en depreciar los comportamientos “infantiles” de sus compañeros de clase y con el que compartía interés por la naturaleza. Su relación vaciló tras 10-12 citas, y parecía que ya no tuvieran nada más que decirse. A Harriet le hubiera gustado proseguir la amistad, pero el hecho de que terminara no le afectó demasiado (**indiferencia interpersonal**).
- Harriet raras veces experimentaba alegría, decepción o ira. Al describir sus relaciones, se mostraba vaga, superficial y simple, incapaz de organizar sus pensamientos y con tendencia a perderse en irrelevancias como los zapatos que prefería o las características físicas de sus padres (**evitación cognitiva**).

Resumen interpretativo



- El perfil MCMI-III de esta mujer sugiere una forma sumisa, inexpresiva y dependiente de relacionarse con la vida. Probablemente presente un déficit de interés social y excentricidades comportamentales, pensamientos depresivos y ansiedades de despersonalización. Este patrón introvertido puede coexistir con una falta de energía. Muestra un afecto empobrecido e inapropiado y un pensamiento interpersonal metafórico. Aunque probablemente prefiera la periferia en sus relaciones familiares, depende de los demás. Ambas cuestiones proceden de su baja autoestima y de sus déficits de autonomía comportamental.
- Es probable que sea una observadora desvinculada de las circunstancias y se vea a sí misma como débil e ineficaz. En vez de exponerse al mundo externo, se aísla. Sus prolongados períodos de soledad le pueden llevar a sentimientos de vacuidad, ideas de referencia y despersonalización. Presenta una crónica y moderada distimia, mezclada con una mal definida ansiedad en ocasiones.
- Muy probablemente prefiera una vida repetitiva, simple y dependiente.

Intervenciones terapéuticas



- Los déficits afectivos, la falta de introspección y la baja motivación para el cambio, hacen difícil que estos pacientes busquen ayuda y tengan éxito en el curso de la terapia.
- Restablecimiento del equilibrio entre polaridades. Uno de los objetivos es la promoción del placer (placer-dolor). La naturaleza desvinculada sitúa a los esquizoides en la polaridad actividad-pasividad; en este sentido, el terapeuta debe procurar que el paciente se vincule a alguna actividad social que evite que queden absorbidos en sus fantasías y pierda el contacto con la realidad. Otras estrategias se dirigen a conseguir una mayor conciencia perceptual y a contrarrestar su falta de reactividad al entorno.
- Modificación de las disfunciones de ámbito. Proporcionar al paciente oportunidades para la interacción social mejorará el ámbito interpersonal. Abordar el ámbito afectivo supondrá activar a nuestro paciente aplanado e incrementar su capacidad para experimentar placer. La intervención cognitiva debe aportar claridad en los pensamientos y ayudar a entender tanto procesos internos como externos sin descentrarse. El comportamiento observable debe mejorarse promoviendo la capacidad expresiva.

Intervenciones terapéuticas



- **Modalidades tácticas:**

- La actitud empática del terapeuta y la aceptación continuada del paciente facilitan un buen contacto terapéutico, siendo esta estrategia más provechosa que las dirigidas a la introspección y a analizar la forma de interactuar del paciente durante la sesión. El terapeuta facilita la colaboración proporcionando un entorno de apoyo y seguridad.
- Técnicas orientadas al ámbito. Los esquizoides suelen desconocer las normas de comportamiento social, por lo que puede utilizarse para ello el entrenamiento en **habilidades sociales**, utilizando la imitación (role playing) y la exposición *in vivo*. El registro y escucha de la propia voz es útil para que el paciente reconozca la monotonía de su discurso. Las grabaciones en vídeo pueden ayudar a identificar matices más sutiles de comportamiento. Los *grupos* también son pertinentes para activar esquemas de naturaleza interpersonal, pero el terapeuta debe ser prudente en cuanto a la participación, que podría generar ansiedad. En algunos casos, la *terapia de familia y de pareja* sirven para educar a los miembros de la familia en cuanto al potencial de cambio.
- Las tareas para casa, como el *registro diario de creencias cognitivas* distorsionadas ayudan a identificar pensamientos automáticos.
- La tendencia de estos pacientes a la intelectualización hace que la **técnica de activación emocional** permita acceder a los esquemas, por lo que parece más útil tratar cognitivamente los pensamientos y ayudar al paciente a identificar alguna gradación de placer. Sin embargo, el afecto y el reconocimiento reforzadores no son útiles en los esquizoides, por lo que hay que buscar en su historia otros que sean reactivables, como un cambio de trabajo o de vivienda.
- La terapia psicoanalítica está indicada en pocos casos, y el terapeuta debe ser más directivo, explorando las relaciones objetales del paciente.
- A nivel **psicofarmacológico**, pueden utilizarse estimulantes para incrementar la energía y la afectividad.
- La indiferencia, encontrar poco atractivos estos pacientes y el abandono de las sesiones son las principales resistencias a la terapia.

Gibson en CSI Miami



- <http://youtu.be/EwHId3YvrP4>

