

Trastorno esquizotípico de la personalidad



TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

CLASIFICACIÓN

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| ■ GRUPO A : | PARANOIDE |
| ■ Raros o excéntricos | ESQUIZOIDE |
| ■ | ESQUIZOTÍPICO |
| ■ GRUPO B : | ANTISOCIAL |
| ■ Dramáticos | LÍMITE |
| ■ Emotivos e inestables | HISTRIÓNICO |
| ■ | NARCISISTA |
| ■ GRUPO C | POR EVITACIÓN |
| ■ Ansiosos o temerosos | POR DEPENDENCIA |
| ■ | OBSESIVO COMPULSIVO |
| ■ OTROS | PASIVO AGRESIVO |
| ■ | NO ESPECIFICADO |

Concepto de estructura de la personalidad

- ◉ Cohesión débil entre sus componentes, pocos mecanismos para regular los conflictos internos o las presiones externas.
- ◉ Una de las tres personalidades con déficits estructurales (paranoide, límite).
- ◉ De gravedad similar a los TP. Paranoide y límite, pero mayor que los TP. Evitador y esquizoide.
- ◉ Los síndromes esquizoide, evitador y esquizotípico, comparten una vida social empobrecida, una distancia de las relaciones interpersonales íntimas y un patrón de pensamiento autista, aunque no delirante.

MODELOS MILLON

- ◉ El modelo **biosocial** constituye estrategias de afrontamiento que son utilizadas por los sujetos para hacer frente a los desafíos de su vida. a-Cómo busca el sujeto el refuerzo y b-Dónde busca el sujeto el refuerzo
- ◉ En su segundo modelo, donde según sus propias palabras, intenta abstraer las leyes del funcionamiento humano. Millon encuentra cuatro dimensiones o ejes básicos:
 - ◉ **(1) Dimensión de propósito de la existencia personal**
 - ◉ **(2) Dimensión del modo de adaptación**
 - ◉ **(3) Dimensión de replicación**
 - ◉ **(4) Dimensión de los procesos de abstracción**
- ◉ En este segundo modelo, Millon agrupa los trastornos de personalidad según el patrón de dificultades que los caracteriza:
- ◉ **Personalidades con dificultades para el placer:**
 - > Trastorno esquizoide de la personalidad
 - > Trastorno de la personalidad por evitación
 - > Trastorno depresivo de la personalidad
- ◉ **Personalidades con problemas interpersonales:**
 - > Trastorno de la personalidad por dependencia
 - > Trastorno histriónico de la personalidad
 - > Trastorno narcisista de la personalidad
 - > Trastorno antisocial de la personalidad
- ◉ **Personalidades con conflictos intrapsíquicos:**
 - > Trastorno sádico de la personalidad
 - > Trastorno compulsivo de la personalidad
 - > Trastorno negativista de la personalidad
 - > Trastorno masoquista de la personalidad
- ◉ **Personalidades con déficit estructurales:**
 - > -Trastorno esquizotípico de la personalidad
 - > -Trastorno límite de la personalidad
 - > -Trastorno paranoide de la personalidad

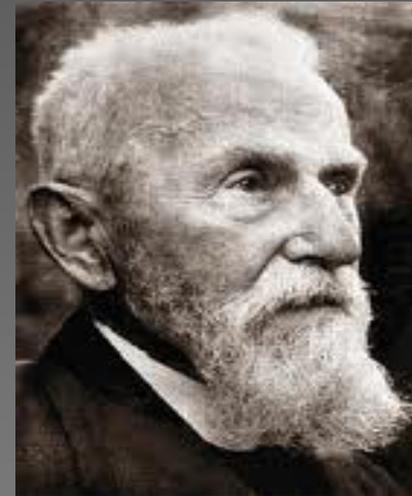
El constructo de personalidad esquizotípica

- ◉ Los esquizotípicos suelen llevar una existencia sin sentido, vacía e inútil, pasando de una actividad a otra sin objetivo, manteniéndose en la periferia de la vida social, sin establecer vínculos íntimos ni aceptar responsabilidades duraderas.
- ◉ Sus rarezas de comportamiento y pensamiento provienen en parte de su existencia aislada. Cada vez más indiferentes a las influencias estabilizadoras de los acontecimientos habituales, pueden perder su sentido de propiedad y adecuación comportamental, y empezar gradualmente a actuar, pensar y percibir de manera peculiar.
- ◉ En consecuencia, van por la vida no solo como si fueran autómatas para compartir significados y afectos, sino también aislados de las aspiraciones y espontaneidad de su propia individualidad.



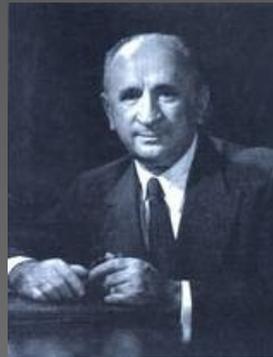
Revisión histórica

- ◉ **Personalidad esquizotípica (Kraepelin y Bleuler):** estudio de pacientes con DEMENCIA PRECOZ.
- ◉ Para Bleuler, el término demencia precoz era una denominación equívoca, ya que caracterizaba una edad de inicio (adolescencia) y un curso (deterioro) que la evidencia no apoyaba.
- ◉ Conceptualizó a estos pacientes en un **continuo** en el que los esquizofrénicos se hallaban en el extremo de mayor gravedad y las esquizofrenias latentes, más cerca del extremo de la normalidad.



Revisión histórica

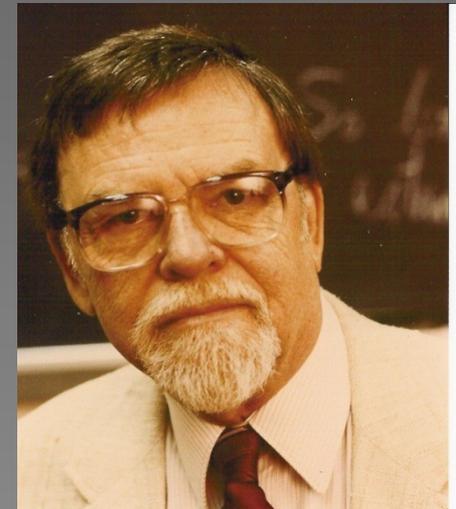
-
-
-
-
-



Rado (1956) acuñó el término **esquizotípico**.

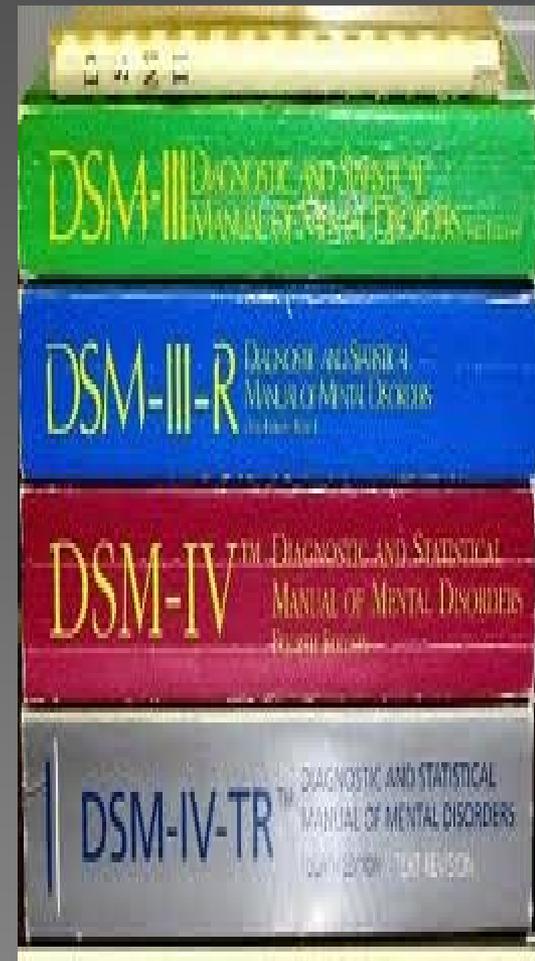
Los pacientes no llegaban a descompensarse en trastornos esquizofrénicos, y podían tener una vida "normal".

- En 1969, **estudios familiares y genéticos**
- apoyaron la idea del **espectro de la esquizofrenia**.
- **Meehl**: el esquizotipo como fenotipo de la personalidad
- Debido a un defecto neural heredado (esquizotaxia), y pródromo
- , para muchos autores, de la esquizofrenia.
- S. Kety, D. Rosenthal, **P.Wender** y F. Schulsinger concluyeron
- que existían cuatro variantes de esquizofrenia: crónica, aguda, límite
- (la más parecida al sdr. Esquizotípico actual) e inadecuada.

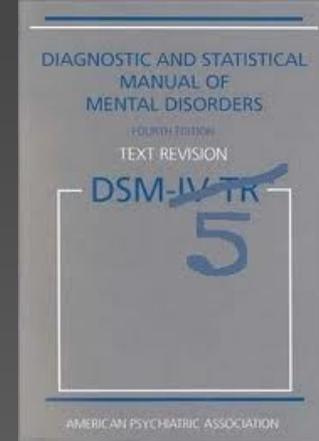


Revisión histórica

- ◉ El **DSM-III** en 1980, separó la variante límite de la psicosis,
- ◉ naciendo de manera oficial el **Trastorno Esquizotípico de la Personalidad**.
- ◉ El **DSM-III TR** suprime el criterio que incluía los síntomas de despersonalización y desrealización,
- ◉ y añade el referido a **comportamientos excéntricos**.
- ◉ El **DSM-IV** continúa en la línea de los manuales anteriores.
- ◉ El DSM añade un criterio de **ansiedad** que no observa la CIE, aunque esta ansiedad no sería similar a la del t. evitativo (C), sino consecuencia de ideas de características paranoides (A).
- ◉ **La CIE no incluye** el esquizotípico como trastorno de la personalidad, sino que lo contempla como parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos.



Hacia el DSM-5



- ◉ **Problemas actuales:** los diferentes tipos de personalidad aparecen definidos
- ◉ de una forma muy pobre y hay un gran solapamiento de los criterios diagnósticos.
- ◉ **Revisión propuesta:**
- ◉ **-Nueva definición** de trastorno de personalidad, centrada en los fallos de adaptación, que implican alteraciones de la identidad o en las relaciones interpersonales afectivas;
- ◉ **-5 categorías** diagnósticas (antisocial/psicópata, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) (+ “no específico”);
- ◉ **-6 dominios/dimensiones** de personalidad (emocionalidad negativa, introversión, antagonismo, desinhibición, compulsividad, esquizotipia).

CIE-10



- El trastorno esquizotípico se caracteriza por poseer algunos de los siguientes rasgos:
- **Afectividad fría** y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de **anhedonia**.
- El **comportamiento** o la apariencia son **extraños**, excéntricos o peculiares.
- **Empobrecimiento de las relaciones personales** y una tendencia al retraimiento social.
- Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, **creencias fantásticas** y preocupaciones autísticas que no conforman ideas delirantes.
- **Ideas paranoides** o suspicacia.
- **Rumiaciones obsesivas** sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
- Experiencias perceptivas extraordinarias como **ilusiones corporales** somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de **despersonalización o desrealización ocasionales**.
- Pensamiento y **lenguaje** vagos, **circunstanciales**, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.
- **Episodios casi psicóticos**, ocasionales y **transitorios**, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudodelirantes que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

Criterios DSM-IV TR para el Diagnóstico de F21 Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.

- ◉ Criterio A. Un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a un malestar agudo en las situaciones sociales y una capacidad limitada para establecer relaciones personales cercanas, que presenta distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades en el comportamiento, que empiezan durante el inicio de la edad adulta y se manifiestan en varios contextos, tal y como indican **cinco (o más)** de los siguientes ítems:
 - ◉ 1) **Ideas de referencia** (excluidas las ideas delirantes de referencia)
 - ◉ 2) **Creencias extrañas** o pensamiento mágico que influyen en el comportamiento y no son coherentes con las normas subculturales (ej: superstición, creer en la clarividencia, telepatía o en un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
 - ◉ 3) Experiencias perceptivas inusuales, incluidas las **ilusiones corporales**.
 - ◉ 4) **Pensamiento y lenguaje raros** (ej: vago, irrelevante, metafórico, demasiado elaborado o estereotipado)
 - ◉ 5) Susplicacia o **ideación paranoide**
 - ◉ 6) **Afectividad inapropiada** o restringida
 - ◉ 7) Comportamiento o **aparición** rara, **excéntrica** o peculiar
 - ◉ 8) **Falta de amigos íntimos** o confidentes, aparte de los familiares de primer grado
 - ◉ 9) **Ansiedad social excesiva** que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides, más que con juicios negativos sobre sí mismo.



Prevalencia

Población general: 0,9%
(Torgersen, 2009)

- ◉ Uno de los TP menos frecuentes
- ◉ (sí frecuente en la clínica)

Prevalencia mayor en:

- ◉ - familiares esquizofrénicos
- ◉ - gemelos monocigóticos
- ◉ - varones

Etiología

- **Herencia.**
- **Defecto neural genético** (esquizotaxia) por defecto en la neurotransmisión glutamatérgica o un descenso en el tono inhibitorio gabaérgico en determinadas áreas corticales.
- Los **síntomas psicóticos** se correlacionan con **elevados niveles de DA** (más altos que en otros TP/ más bajos que en esquizofrenia).
- **Aumento** del **tamaño ventricular** y **descenso** del volumen del **área prefrontal** en pruebas funcionales.
- Anormalidades en la activación del **lóbulo temporal** en pruebas neuropsicológicas relacionadas con **tareas lingüísticas**.
- A nivel **psicológico**, presentan desórdenes en el ingreso y elaboración de la información, y tienen un proceso latente de desorganización conceptual y de conducta.
- En cuanto al componente **social**, los estudios prospectivos no han podido demostrar que las experiencias infantiles sean determinantes, pero parece haber relación en la calidad de las **relaciones padres-hijos** en la infancia.



Características Clínicas

- ◉ **Ansiedad de despersonalización:**
- ◉ Como observadores de lo que ocurre, se quedan al margen de los acontecimientos, como si estuvieran fuera de su cuerpo, experimentando momentos en los que las cosas les parecen extrañas e irreales, siendo frecuentes los episodios disociativos y la despersonalización, la cual puede constituir un intento de huir de la propia existencia, vergonzosa y humillante.
- ◉ Algunos parecen perder su identidad en experiencias místicas, siendo frecuentes las ilusiones corporales, el pensamiento mágico y las ideas de referencia, que aportan contenido a su vacío existencial.
- ◉ En situaciones de estrés, abandonan cualquier intento de movilizar sus recursos y acaban en un trastorno psicótico. Desaparece el pensamiento lógico, se desatan las emociones y se afianza la desintegración y desmoralización del yo.

Características Clínicas

- ◉ **Autismo y disyunción cognitiva:**
- ◉ Cuando están más motivados a relacionarse suelen ser incapaces de orientar sus pensamientos y **se pierden en irrelevancias personales**. Esta característica les aliena de los demás.
- ◉ El lenguaje puede ser vago, con un vocabulario singular, **asociaciones laxas o discurso circunstancial**.

Características Clínicas

- ◉ **Comportamientos sociales deficientes y afecto empobrecido:**
- ◉ El esquizotípico no ha podido progresar en la adquisición de habilidades sociales normales.
- ◉ La historia escolar se caracteriza por abandonos, posteriormente se dan cambios de lugar de trabajo y, si están casados, suelen separarse, consecuencia de su falta de motivación y de sentimientos de carencia de dignidad.
- ◉ Los esquizotípicos que no tienen características esquizoides pueden sentir algún tipo de emoción, que suele ser de tipo depresivo.

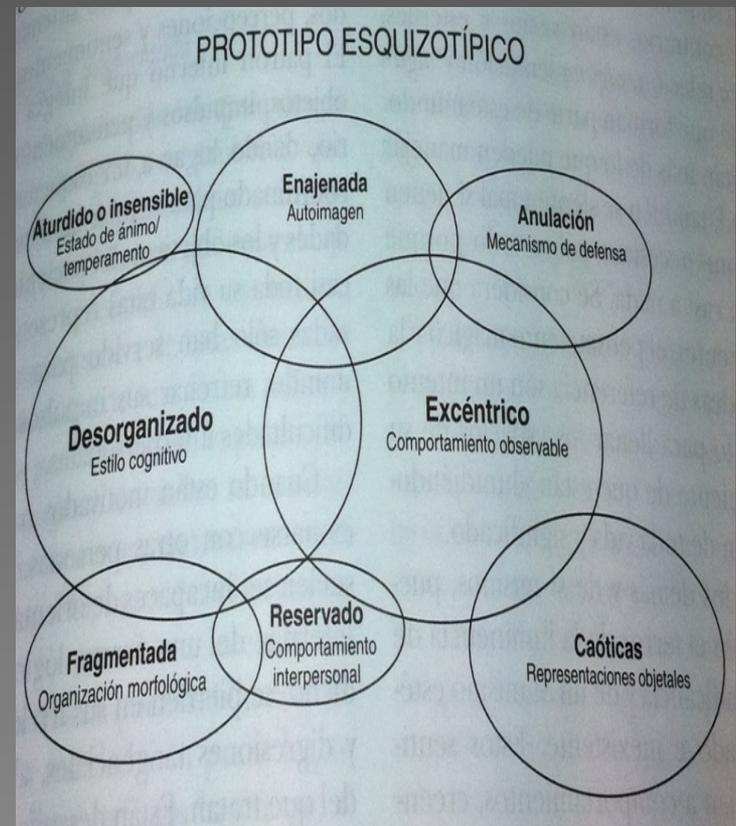
Prototipo

- Comportamiento:
- Observable-Excéntrico. Manierismos; comportamiento raro, inadecuado.
- Interpersonal-Reservado. Pocos intentos de contacto social; con el tiempo adopta papeles laborales periféricos y actividades sociales marginales.

Fenomenología:

- Estilo cognitivo desorganizado. Capacidad de leer pensamientos y sentimientos, irrelevancias personales, lenguaje circunstancial, ideas de referencia, rumiaciones, absorción en sí mismos, pensamiento mágico, ilusiones corporales, suspicacias, creencias raras y confusión entre la realidad y la fantasía.
- Autoimagen enajenada. Perplejidad, experiencias de despersonalización, desrealización y disociación, vacío existencial.
- Representaciones objetales caóticas. Mezcla de afectos de la infancia, impulsos y canales de regulación descoordinados.

- Características compartidas



Prototipo

- **Psiquismo:**
- Anulación. Los comportamientos mágicos sirven para anular las supuestas “fechorías” o pensamientos perversos.
- Organización fragmentada. Las defensas se ordenan al azar y llevan a acciones en las que se descargan pensamientos y afectos primitivos, con importantes desintegraciones posteriores a un nivel estructural psicótico.
- **N. Biofísico:**
- Estado de ánimo aturdido o insensible. Se aturden en los encuentros sociales; en estado de alerta ansiosa, desconfían de los demás. Otras veces manifiestan monotonía, apatía y tristeza, con deficiencias en la relación cara a cara y en la expresión emocional.



Infancia

- La personalidad esquizotípica se ha relacionado históricamente con la “**esquizofrenia infantil**”.



- A partir de los **4-5 años**, pueden pasar a ser objeto de **burlas**, pues **interpretan los acontecimientos familiares y escolares de forma distorsionada**, por lo que son considerados excéntricos. Cuanto más menosprecio experimenten, más probabilidad tienen de crear un círculo vicioso. De esta forma, muchos empiezan a adquirir un patrón de comportamiento protector de retraimiento, aislándose y temiendo las relaciones sociales.

- Las características evitadoras y esquizoides en la infancia nos pueden recordar al **Autismo** y al **Asperger**.
- A diferencia de estos síndromes, el niño con antecedentes de desarrollar el trastorno esquizotípico puede ser normal en muchas funciones cognitivas e intelectuales.



Variantes de la personalidad esquizotípica

- Insulso

Pasivamente aislado (esquizoide).

Entorno familiar de indiferencia y formalidad.

- Depresivos/Dependientes
- Alienados
- Poderes telepáticos
- Pensam. Oscuros
- Discurso monótono



- Timorato

Activamente aislado (evitador).

Menospreciado y rechazado durante el crecimiento.

Alerta, agitación

Aprensión, suspicacia

Negativismo/Autodesprecio

Supersticiones

Esfuerzos por contener un exceso de sensibilidad



Comorbilidad

- ◉ Eje II:

- ◉ Mayor: esquizoide, evitadora y paranoide.

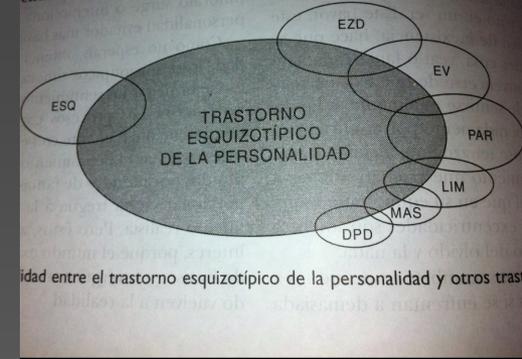
- ◉ Menor: límite, masoquista y dependiente.

- ◉ Eje I:

- ◉ Mayor: Síndromes esquizofrénicos.

- ◉ Menor: trastornos de ansiedad, somatomorfos y disociativos.

Diagnóstico Diferencial



- **Trastorno de despersonalización.** Se diagnostica independientemente si no hay síntomas como el aislamiento social, la suspicacia o abundantes **excentricidades** en el pensamiento, la percepción o el comportamiento.
- **Trastornos esquizofrénicos.** Síntomas psicóticos **persistentes**.
- **TP. Esquizoide.** Los esquizoides son deficientes para experimentar **afecto**, mientras que los esquizotípicos son deficientes a nivel **cognitivo** para comprender las motivaciones y comunicaciones humanas. El diagnóstico diferencial se establece por las **conductas y percepciones extravagantes**.
- **TP. Evitador.** El evitador **se aísla porque teme** ser rechazado por los demás.
- **TP. Paranoide.** Las peculiaridades del esquizotípico, el pensamiento tangencial y los comportamientos excéntricos no se encuentran en el paranoide, el cual se muestra **frío**, con afecto restrictivo, y **claridad de pensamiento**.
- **TP. Límite.** El **aislamiento** social de los límites es **consecuencia del rechazo** que sufren, no de la falta de interés social como es el caso de los esquizotípicos. Los episodios psicóticos de los límites suelen ser más disociativos, con componente afectivo, y relacionados con situaciones de estrés.

Evaluación del esquizotípico

- ◉ Existen pocos índices en el test de Rorschach, en el TAT (Test de Apercepción Temática) y en el **MMPI** (Inventario Multifásico de Personalidad de Minessotta) que identifiquen el patrón de personalidad esquizotípica que difiera notablemente de lo que estos instrumentos valoran en la esquizofrenia moderadamente grave o crónica.
- ◉ El **Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)** ha llegado a ser el segundo instrumento más utilizado entre los principales cuestionarios clínicos.
- ◉ En el **test de Rorschach** destaca la baja o confusa calidad de las respuestas del paciente. A diferencia de los pacientes esquizofrénicos, los esquizotípicos no tienden a perseverar repetidamente en lo que ven de tarjeta a tarjeta.
- ◉ La inclinación a explicar historias disgresivas y desorganizadas en el **TAT** es más elevada entre los esquizotípicos que entre las restantes personalidades, pero menos frecuente y más coherente que la que se observa en los esquizofrénicos. Mientras los esquizofrénicos tienden a dar respuestas simbólicas, los esquizotípicos se centran más en la realidad.

Terapia

- ◉ El terapeuta se considera un intruso; debe respetarse la necesidad de distanciamiento, para evitar ansiedad y reacciones paranoides (a veces, precisa medicación).



- ◉ La alianza terapéutica puede permitir experimentar una "protección", de manera que el esquizotípico deje de controlar la realidad a través de medios mágicos. Después, se les estimula para que expongan sus distorsiones.

- ◉ Los poderes extrasensoriales se aplican a la terapia, por lo que la comunicación debe ser simple, concreta, directa, y con el mínimo de inferencias, prestando atención a la contratransferencia.

Terapia

- ◉ Un objetivo primordial es establecer un patrón más normal de relaciones sociales.
- ◉ **Terapia interpersonal y Entrenamiento en habilidades sociales.** Mejora la autoestima y elimina el aislamiento.
- ◉ **Psicoterapia.** Debe adaptarse a los limitados recursos de atención del esquizotípico, identificar pensamientos automáticos como "yo no existo", y contrastar estos pensamientos con la evidencia. La reorientación cognitiva y el control del entorno pueden ayudar en este sentido.
- ◉ **Intervención psicofarmacológica.** Mejora la afectividad y establece la base para aumentar la motivación y la adaptación activa.
- ◉ **Terapia grupal.** En los que no sean demasiado paranoides ni extravagantes, para poner en práctica la interacción social y proporcionar feedback sobre las cogniciones distorsionadas.
- ◉ **Terapia psicodinámica clásica.** No se recomienda su uso (desestructurada), puesto que los procedimientos como la asociación libre, la actitud neutra del terapeuta o el énfasis en los sueños pueden estimular una mayor ensoñación autista y un mayor aislamiento social.

Caso Clíncio TP. Esquizoide

- ◉ **Neal** fue obligado a realizar un tratamiento de seis meses como condición a su libertad vigilada.
- ◉ Cuando la **policía** irrumpió en la casa donde tiene una habitación alquilada, se lo encontró en posesión de una pequeña cantidad de **cocaína**.
- ◉ Después de dar **negativo** en los análisis de sustancias, se le concedió **la libertad vigilada** y **fue enviado a consulta**.
- ◉ “Durante algún tiempo pensé que venían a por mí”. En el informe policial consta que **sus vecinos afirman que Neal no tiene amigos** y parece tener miedo de la gente.

Caso Clínico TP. Esquizoide

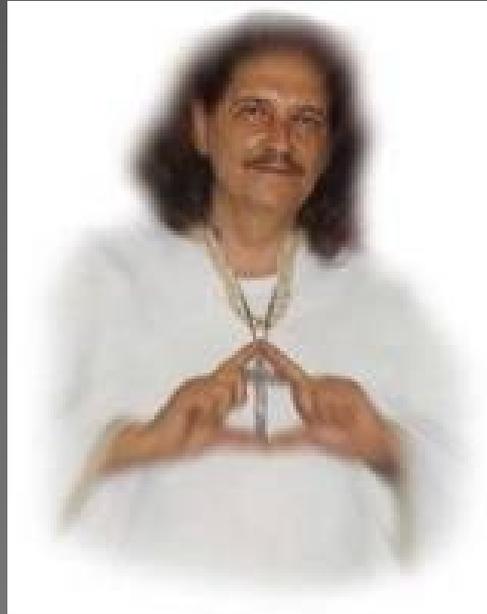
- Neal, de **32 años** de edad, es de constitución alta y delgada. **Casi siempre evita el contacto visual.** Sus **movimientos son desgarbados**, como si el control de su cuerpo no dependiera de él. Desde el primer momento, parece incapaz de responder a las preguntas más simples. Tan sólo después de largos silencios puede dar algunas **respuestas, pero tan vagas y circunstanciales** en relación con las preguntas que parece que, de camino hacia las respuestas, vaya haciendo asociaciones libres.

Caso Clínico TP. Esquizoide

- ◉ **Afirma que sabe “el verdadero propósito” de la entrevista, ya que “le ha llegado el mensaje” porque es capaz de “vislumbrar el futuro”.**
- ◉ Las respuestas demuestran que Neal está siendo literal; **él cree que en ocasiones puede ver el futuro en forma de imágenes.** También afirma que a veces ve lo que está sucediendo en otros lugares y lo que podría ocurrir si él decidiera ir a esos sitios.
- ◉ La obtención de la historia de Neal es complicada y los datos se obtienen a través de la información que propone una vecina.
- ◉ Según ella, su madre le tuvo entre los 45 y los 50 años de edad. No se conoce la identidad del padre; según le consta, no ha visto nunca a ningún hombre en su casa. **Se desconoce el paradero de su madre.** Abandonó a Neal cuando tenía 12 años de edad.
- ◉ La vecina afirma que Neal era un buen estudiante, al menos antes de que su madre se marchara.

Caso Clínico TP. Esquizoide

- ◉ De todas maneras, dice: “**Neal nunca fue normal**. Después de irse su madre, comenzó a hacer cosas raras, y **a veces se contorsionaba y hablaba solo**”.
- ◉ No se sabe si en alguna ocasión recibió tratamiento para este tipo de comportamientos.
- ◉ Tampoco queda claro cómo se mantiene Neal en la actualidad desde el punto de vista económico. **Él asegura que trabajaba como limpiador de cristales para los propietarios de tiendas locales, hasta que su peinado extravagante y su aspecto desaliñado empezaron a asustar a los clientes.**
- ◉ En la actualidad, Neal sigue manteniendo reyertas con la policía, y masculla en ocasiones algo relativo a los “cazapersonas”, al parecer haciendo referencia a la policía.
- ◉ La terapia resultará complicada, incluso aunque Neil mantenga el compromiso de acudir a las sesiones.



<http://youtu.be/8gWmTCY-zAU>



Paquete

Bibliografía

- ◉ Trastornos de Personalidad. Millon
- ◉ 1. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas
- ◉ para el diagnóstico.
- ◉ 2. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. J. Vallejo Ruiloba. Ed. Elsevier
- ◉ Masson. 6ª edición.