

REFLEXIONES SOBRE EL TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Jorge Castelló Blasco
Psicólogo (Valencia)
jorge.consulta@ono.com

RESUMEN

El presente artículo no pretende ser una revisión exhaustiva de la investigación y la bibliografía generadas por el trastorno esquizotípico de la personalidad, ni siquiera intenta profundizar en las causas del mismo, su incidencia, etc. El propósito de este breve ensayo es dar cuenta, desde un enfoque fundamentalmente clínico y práctico, tanto de la esencia del trastorno esquizotípico de la personalidad como del tipo de abordaje terapéutico que precisa, al menos desde mi perspectiva.

Palabras clave: trastorno esquizotípico, trastornos de la personalidad.

ABSTRACT

The present article does not try to be an exhaustive revision of the investigation and the bibliography generated by the schizotypal personality disorder, not even tries to deep in their causes, incidence, etc. The intention of this brief test is to give account, from a clinical and practical approach fundamentally, as much of the essence of schizotypal personality disorder like of the type of therapeutic boarding that needs, at least from my perspective.

Key words: schizotypal disorder, personality disorders.

ASPECTOS CLÍNICOS

Esta patología ya comienza con una controversia en su ubicación nosológica, ya que en las dos grandes clasificaciones de trastornos mentales y de la personalidad -DSM-IV (1) y CIE-10 (2)- está considerada de manera bien diferente, figurando en la primera como un “trastorno de la personalidad” y en la segunda en el capítulo dedicado a “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, es decir, como un trastorno psicótico. Pienso que los dos sistemas de clasificación tienen su parte de razón, y es cierto que el trastorno esquizotípico es un trastorno de la personalidad pero también guarda muchas similitudes con la esquizofrenia o, al menos, con sus fases no activas (prodrómica y residual). Seguramente, la intención de la CIE-10 fue la de subrayar esta peculiaridad, pero en todo caso yo me quedo con la ubicación propuesta por el DSM-IV (ubicación mantenida en el reciente “texto revisado”

en el que no habido ninguna modificación relevante del texto de 1994) ya que, desde mi punto de vista, el trastorno esquizotípico cumple sobradamente con los criterios de un trastorno de la personalidad. Si es la antesala de la esquizofrenia en algunas personas se puede complementar debidamente el diagnóstico, pero esto no es en absoluto necesario y muchísimos individuos tienen la regularidad propia de un trastorno de la personalidad.

Por lo demás, ambos sistemas de clasificación tienen un concepto bien similar del trastorno esquizotípico en lo que a diagnóstico se refiere. Básicamente, existen todos o algunos de los siguientes rasgos:

- Distanciamiento social más o menos pronunciado.
- Cierta bloqueo emocional o pobreza en la transmisión y experimentación de sentimientos.
- Un concepto de la relación con los demás como algo intrínsecamente peligroso, de manera que la suspicacia y el recelo son muy habituales.
- Ideas de referencia consistentes en que comportamientos de otras personas se entienden erróneamente dirigidos a uno mismo.
- Creencias raras que no llegan a ser delirios, muchas veces centradas en temática paranormal, en peligros imaginados del entorno, en fuerzas ocultas, “energías”, habilidades o poderes extraños, etc.
- Experiencias perceptivas poco habituales que no llegan a ser alucinaciones, como ilusiones o, muy habitualmente, “sensaciones de presencia” (intuiciones de que hay alguien o algo con el individuo cuando está solo, muchas veces como si estuviera vigilándolo).
- Excentricidad en la apariencia física, en el comportamiento, etc. A veces hay también un lenguaje peculiar, raro, pobre...

Aunque estos son los síntomas y rasgos que determinan tanto el DSM-IV como la CIE-10, hay algunos aspectos que por la objetividad y “frialidad” de estos textos conviene destacar. En primer lugar, la nula o paupérrima vida social y afectiva de estas personas. Lo normal es que no tengan amigos o que únicamente dispongan de una o dos personas con las que se sientan comprendidos y, sobre todo, seguros. La aparición de internet y las nuevas tecnologías es importante y abre nuevas posibilidades a un abanico más amplio de interacciones. En segundo lugar, aunque haya una cierta pobreza emocional, dicha pobreza es más bien de comunicación y de experimentación de sentimientos positivos, de cercanía, etc., que de padecimiento de emociones negativas; de hecho, el desánimo y por encima de todo el miedo generalizado (principalmente, a hostilidades del entorno o a las mencionadas creencias paranormales, esotéricas y demás) es muy habitual. Por último, citar la muy menoscabada autoestima de los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad. En definitiva, a los síntomas expuestos más arriba le tenemos que añadir una nada desdeñable carga de **sufrimiento psíquico**, que es señal de descompensación.

Pero todo esto es relativo al trastorno esquizotípico de la personalidad “puro”, “de libro”, y ya sabemos que esto es más la excepción que la norma, sobre

todo en el espinoso campo de la patología de la personalidad. Lo normal es que, a pesar de la estabilidad de los rasgos del carácter, existan diferentes etapas en la vida del sujeto en las que se modifiquen parcialmente dichos rasgos, alejándonos ligeramente del perfil sintomatológico expuesto y, por lo tanto, del caso “de libro”. Pero, sobre todo, lo que nos aleja del perfil sintomatológico del DSM o de la CIE es la comorbilidad de este trastorno de la personalidad con otros relacionados, principalmente con los del clúster A. Esta comorbilidad, desde gran parte de la comunidad profesional que nos ocupamos de estos problemas, es más bien un artificio creado por los sistemas de clasificación que una coexistencia real de varios problemas diferentes. Resumiendo mucho, más que decir que una persona es “límite” o “esquizotípica”, se podría decir que tiene algo de evitadora, un poco de esquizotípica y algún componente paranoide, por ejemplo. Es la diferencia entre una concepción categorial (la vigente, que está en entredicho porque no se adapta a la realidad) y una dimensional para considerar a los trastornos de la personalidad en los sistemas actuales de clasificación psicopatológica.

Retornando al tema objeto de este artículo, he expuesto el perfil sintomatológico del Trastorno esquizotípico de la personalidad y sería bueno que, desde mi punto de vista basado en la clínica, comente cuáles son los síntomas “nucleares” para así poder llegar mejor a la esencia de este problema. Considero que estos síntomas nucleares o principales son tres:

- Alejamiento interpersonal.
- Alejamiento de la realidad.
- Sufrimiento psíquico.

Alejamiento interpersonal

El principal motivo del distanciamiento del esquizotípico hacia otras personas es que piensa que la relación con los demás es peligrosa. A diferencia del paranoide, que puede tener una idea similar, no está tramando una venganza, no contraataca, etc., pero sí comparte con él la suspicacia y la desconfianza continuas. Debe ser difícil y angustioso estar pensando constantemente que la gente puede atacar, menospreciar, ridiculizar o burlarse de uno; o que, en el mejor de los casos, está pendiente de ti como si el individuo llevara una especie de “cartel luminoso” tras de sí. La suspicacia paranoide y las ideas de referencia (que, como norma habitual, no adquieren proporciones delirantes, sino que son “sensaciones”, interpretaciones subjetivas) son las responsables de esta percepción continua de peligro y, por tanto, del alejamiento que la persona con trastorno esquizotípico efectúa de su entorno interpersonal.

Alejamiento de la realidad

En este problema es muy habitual que haya diferentes elementos que alejen al individuo de la realidad que es común para la mayoría de las personas. Antes he expuesto la suspicacia paranoide y las ideas de referencia, lo cual ya supone un cierto alejamiento de la esfera más racional que compartimos todos, pero no es lo único indicativo de dicho alejamiento. Estas personas tienen

muchas veces la sensación de que hay algo “oculto”, o que al menos no se experimenta de la forma habitual, que ejerce continuamente un efecto en la vida en general y en la de estas personas en particular. Este “algo oculto” puede describirse de muchas formas, algunas más vagas como “energías”, “espíritus”, un destino inexorable e insondable; pero otras veces se trata de explicaciones más complejas y elaboradas, bien idiosincrásicas o bien provenientes de teorías esotéricas, paranormales, etc. Por ejemplo, es frecuente la creencia en la telepatía o en el poder de la mente, tanto del propio individuo como de otras personas. No es de extrañar escuchar en la consulta que el paciente es víctima de mal de ojo, o que ha sido responsable de que un conocido tuviera un accidente porque lo pensó una vez. Esto recibe el nombre de “pensamiento mágico”.

Pero no sólo la esfera cognitiva se aleja parcialmente de la realidad, sino también otras como la perceptiva o la conductual (esta última, en mi experiencia, algo menos). Es recurrente la referencia de estas personas a distorsiones perceptivas como ilusiones, que en definitiva son modificaciones de la información que llega a través de nuestros sentidos (por ejemplo, mirar papel pintado de una pared y ver caras que están mirando en las formas que hay dibujadas) destacando la “sensación de presencia”, consistente en pensar que hay algo o alguien con la persona aunque esté sola o no haya nada que fundamente dicha sensación.

En cuanto a la faceta conductual, es la excentricidad lo que aleja al individuo de la realidad y de la experiencia normal del resto de personas. Dicha excentricidad suele manifestarse en la apariencia física, por ejemplo vistiéndose el sujeto de forma idiosincrásica, de manera que no se ajuste a las convenciones sociales. De la misma forma, el lenguaje puede ser muy particular ya sea por pobre o sobre todo por peculiar, con una forma de hablar vaga, con neologismos, etc. De todas maneras, son mucho más comunes las distorsiones cognitivas o perceptivas.

Sufrimiento psíquico

Como ya he expuesto más arriba, la baja autoestima, la desvinculación afectiva y el miedo permanente a los demás provocan una continua descompensación. El individuo con trastorno esquizotípico no tiene mucho interés en relacionarse y esto es muy perjudicial para la salud mental, sobre todo cuando la autoestima no se infla como mecanismo de compensación (algo que sí sucede, por ejemplo, en el trastorno paranoide de la personalidad). Desde mi punto de vista, este sufrimiento emocional –junto con el distanciamiento interpersonal- es el responsable de que el sujeto se aleje de la realidad, de manera que ésta cuadre, de alguna forma, con sus vivencias y sentimientos.

En conclusión, pienso que el esquizotípico es una persona que, bien sea por causas genéticas o ambientales, o seguramente por una interacción entre ambas, ha vivido casi desde siempre distanciado de los demás, perdiendo así gran parte del deseo de relacionarse. No obstante, el hecho de que este alejamiento no sea completo y/o de que la autoestima no haya experimentado

una “inflación” compensatoria, provocan una gran descompensación psíquica. El sujeto no está bien con los demás, no “conecta” y por eso les tiene miedo; pero tampoco está bien consigo mismo porque se da cuenta de que algo falla en él y que va en una “onda” diferente a los demás. En lugar de considerar esto como un motivo de distinción positiva, lo interpreta como un indicio de marginalidad, de pertenecer a un tipo de persona inferior, de alguna manera, a los otros. No existen, entonces, suministros afectivos adecuados ni del exterior ni del propio sujeto, encontrándose éste tan diferente a los demás como indefenso, surgiendo entonces las ideas de referencia, la suspicacia, etc. Debe ser una sensación parecida a la que podríamos experimentar cualquiera de nosotros si estuviéramos en medio de una manifestación política radical sin que compartiéramos su ideología.

Por todo esto, la persona con trastorno esquizotípico sufre permanentemente y se considera a sí misma y a los demás de una manera diferente a como lo hacemos el resto. Estos sentimientos tienen que ser coherentes con su pensamiento y su concepción de la realidad, de forma que lo que esta persona experimente coincida con su sensación de inferioridad, miedo y alienación: por eso puede ser excéntrico, puede pensar que hay algo oculto o misterioso detrás de todo, que determinadas fuerzas, que aparentemente no existen, pueden ejercer una influencia, etc. El alejamiento de los demás influirá también decisivamente en el alejamiento de la realidad, y cuanto mayor sea, más peculiar e idiosincrásico será el individuo con trastorno esquizotípico, más distanciado de las normas, racionalidad y convenciones sociales se encontrará.

Esta realidad idiosincrásica y distorsionada también podrá usarse en un sentido positivo para que el individuo se refugie en la fantasía, aunque esto sucederá si el sufrimiento psíquico ya mencionado no es excesivamente alto.

Pero, como he dicho, no es muy normal que alguien presente estos rasgos de manera que coincida a la perfección con la dimensión esquizotípica de la personalidad; más bien podremos encontrar rasgos coexistentes de otros trastornos de la personalidad que nos indicarán la relación entre dichos trastornos, y a su vez nos permitirán comprender mejor la esencia del trastorno esquizotípico propiamente dicho.

Desde mi punto de vista y en lo que a vinculación afectiva con los demás se refiere, la dimensión esquizotípica de la personalidad está entre la esquizoide/paranoide y la evitadora. No es casualidad que las mayores comorbilidades en el eje II, de acuerdo con el DSM-IV y con el texto de referencia de Millon (3), sean con estos trastornos de la personalidad; pero no sólo hay que hablar de coexistencia de rasgos de estos trastornos, sino en ocasiones (esto se constata en la experiencia clínica) de la propia evolución de la personalidad en el individuo, de forma que, por ejemplo, durante unos años sea más “paranoide” para volver a una racha más “esquizotípica” con rasgos añadidos evitadores, etc. La comorbilidad de la esquizotipia y la evolución de estas personas conducen a que considere a continuación las diferencias y coincidencias con los otros trastornos de la personalidad (deberíamos decir mejor “dimensiones”) relacionados:

Relación del trastorno esquizotípico con el trastorno esquizoide

A grandes rasgos, la mayor diferencia es que el sujeto esquizoide está en un nivel máximo de alejamiento de los demás, con el consiguiente embotamiento afectivo, mostrando muy pocos o casi ningún sentimiento tanto a los otros como consigo mismo (este “bloqueo emocional”, que se convierte en una forma de vida, es una especie de mecanismo de defensa para asegurarse esa desconexión). La persona con trastorno esquizoide de la personalidad ha alcanzado un cierto “equilibrio”, como si existiera un pacto de no agresión con los demás. Hace su vida e intenta adaptarla a sus deseos manifiestos de no juntarse con la gente, porque dicho alejamiento es totalmente deliberado y deseado: la desvinculación afectiva es máxima. Por encontrar un aspecto positivo, la persona que alcanza este “equilibrio esquizoide” y consigue lograr este aislamiento tan deseado presenta un nivel bajo de sufrimiento psíquico. Si no tiene anhelos de interacción y consigue, en la medida de lo posible, adaptar su vida en este sentido, obtiene una compensación emocional. Este equilibrio también reduce considerablemente la necesidad de que la mente del individuo distorsione la realidad alejándose de ella.

La persona con trastorno esquizotípico tiene el riesgo de dirigirse a este polo esquizoide, de hecho es un riesgo que desde mi punto de vista se debe evitar en la psicoterapia. La tentación del esquizotípico de aislarse de todo y de hacer una vida totalmente en solitario es explícita en muchas ocasiones, e incluso en su trayectoria pueden existir etapas en las que predomine este aspecto esquizoide. Pero, siendo elevado el alejamiento interpersonal de la persona esquizotípica, no es tan absoluto; esto es positivo por una parte, pero por otra es responsable del sufrimiento psíquico que hemos mencionado más arriba.

Relación del trastorno esquizotípico con el trastorno paranoide

La dimensión paranoide comparte con la esquizoide y la esquizotípica el distanciamiento interpersonal, pero en lugar de optar en dicha dimensión por el aislamiento extremo (o, quizá, por no poder llevarlo a cabo) se produce un enfrentamiento con el entorno. Comenté anteriormente que la persona con trastorno esquizotípico era suspicaz y desconfiada, y que pensaba que la gente tenía malas intenciones, a lo que reaccionaba con miedo. El paranoide, en lugar de “encogerse”, decide fortalecerse y plantar cara a ese entorno hostil. La clave es que las personas paranoides deciden y tienen la posibilidad de incrementar su autoestima; para ello, en lugar de autocriticarse o menospreciarse, “expulsan” todos estos sentimientos a los demás. Son los demás los que atacan, se burlan, minusvaloran. De esta forma, la autoestima se preserva y el sujeto hace “frente común” contra todo lo demás, responsable del malestar. Para obtener una ventaja adicional, mientras se continúe atribuyendo esa maldad al entorno, las posibilidades de reconciliación o acercamiento a los demás son muchísimo menores, así el peligro de la relación con la gente se evita. Quizá este sea también el motivo de por qué el esquizotípico comparte esa visión negativa de los demás, con la salvedad de que no se ve con las fuerzas suficientes como para enfrentarse a ellos, reaccionando entonces con gran ansiedad.

Es bastante habitual en la clínica encontrarnos con personas que puedan ser esquizotípicas pero que hayan tenido etapas más “paranoides” en sus vidas, en las que intentaban desarrollar sus capacidades, se veían mejor a sí mismas y estaban en una permanente competición y revancha con los demás. La preservación y el fortalecimiento de la autoestima son los motivos de esa proyección de sentimientos de odio (yo desprecio a los demás, pero porque ellos me atacan, me quieren traicionar). Las personas que combinan de manera comórbida rasgos esquizotípicos con paranoides tienen una autoestima algo más variable; entonces, a medida que se ven más “fuertes” (por ejemplo, debido a un ascenso en el trabajo) están mejor consigo mismas y vuelcan su malestar con los demás, compitiendo y buscando vengarse de las supuestas hostilidades ajenas, mientras que si se ven más “débiles” tienen estrategias y comportamientos más puramente esquizotípicos. Vemos que la frontera entre hipotéticas categorías independientes (trastorno esquizotípico y paranoia de la personalidad, aunque se puede afirmar lo mismo con el esquizoide o el evitador) es más bien difusa.

Relación del trastorno esquizotípico con el trastorno por evitación

Desde mi punto de vista, la persona esquizotípica que se acerca más al polo “evitador” es la más adaptada psicológicamente. Igual que antes, puede ocurrir que en un mismo individuo se simultaneen ambos rasgos o que, en diferentes etapas de su vida, predomine uno u otro. Las personas con trastorno de la personalidad por evitación “puro” presentan un nivel de alejamiento interpersonal más pequeño y, en consecuencia, un grado más bajo de alejamiento de la realidad. Para un observador externo, la vida social de un evitador y de un esquizotípico o un esquizoide puede ser parecida, pero la gran diferencia es que tenemos en un extremo al individuo que no desea en absoluto relacionarse con los demás (el esquizoide) y en el otro al que sí lo desea fervientemente (el evitador) pero tiene muchos miedos y dificultades. En el término medio está la persona con trastorno esquizotípico.

El individuo con trastorno de la personalidad por evitación no está tan alejado de los demás porque sí anhela estar con ellos, se fija en la gente, le gustaría parecerse a algunas personas, tener su afecto y aprobación, etc. Esto produce que el alejamiento de la realidad no sea tan grande, aunque el sufrimiento psíquico que padece por sus deseos de interacción frustrados y por su baja autoestima resultante sí conduce a ciertas distorsiones cognitivas, como por ejemplo que considere a los demás como muy superiores, evaluadores o rechazantes, y a sí mismo como a alguien muy inferior a los otros.

Relación del trastorno esquizotípico con el trastorno límite

Existe un grupo de personas con trastorno límite de la personalidad que presentan también un perfil similar al esquizotípico. Asimismo, puede suceder que, en un mismo individuo, se den fases propias del trastorno límite (inestabilidad emocional, conflictos, impulsividad, relaciones caóticas, deseos de dependencia intensos) y que luego pase a otras etapas de su vida más cercanas a la esquizotipia (distanciamiento de los demás, pensamientos

peculiares, embotamiento emocional, etc.), como si se activara un interruptor en el sujeto que le encendiera o apagara su emocionalidad y sociabilidad.

Desde mi punto de vista, el fenómeno que se produce aquí es un cambio u oscilación en la tendencia vinculatoria de estas personas. Cuando dicha tendencia es alta, manifiestan una voracidad afectiva que les impulsa, con el clásico estilo "límite", a exigir sobremanera de los demás y a enfurecerse si no tienen lo que demandan. Esta necesidad afectiva tan intensa es fruto de las carencias, frustraciones y sufrimiento de estas personas. Sucede que, tras varios intentos fallidos, la mencionada tendencia vinculatoria puede revertirse disminuyendo notablemente, retrayéndose el sujeto de manera defensiva. En este autoconfinamiento, con la consiguiente realidad paralela y la anestesia emocional, es cuando dicho sujeto se encuentra "más esquizotípico".

Pienso que, revisando la relación del trastorno esquizotípico con otros trastornos de la personalidad muchas veces comórbidos, hemos avanzado en la comprensión tanto de la esencia de este problema -en su forma más "pura"- como de la realidad clínica, mucho más compleja que el listado de criterios diagnósticos de los sistemas actuales de clasificación.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

Como he expuesto en una publicación sobre otro trastorno de la personalidad (4), mi forma de trabajar en terapia (y la de muchos colegas, aunque teóricamente se adscriban a tal o cual corriente psicológica) es integradora. La patología de la personalidad es lo suficientemente compleja como para afectar a la globalidad de la persona, a todas o a la mayoría de sus dimensiones relevantes; por tanto, es mucho lo que hay que "desandar" y considero que no es buena estrategia limitarse a realizar un tipo muy concreto de psicoterapia que, quizá, contribuiría por ejemplo a reducir las distorsiones cognitivas, pero no enfatizaría la mejora de la autoestima o el incremento de las relaciones interpersonales en una persona tan necesitada de intervenciones en este sentido.

A continuación, voy a exponer brevemente el trabajo que, desde mi punto de vista, estimo que se debe efectuar en una persona con un trastorno esquizotípico de la personalidad más o menos puro, es decir, ajustado a los criterios establecidos por el DSM o la CIE. Se debería adaptar dicho trabajo si existieran, como es habitual y ya he comentado más arriba, rasgos comórbidos de otros trastornos de la personalidad (o, por supuesto, otra patología comórbida como un trastorno depresivo mayor o un episodio psicótico). Recorreré las dimensiones del individuo más afectadas (para más información sobre las mismas, revisar la publicación anterior a la que hacía referencia) para proponer diferentes intervenciones que se pueden llevar a cabo:

Dimensión biológica

Siempre es interesante que el tratamiento de una persona con trastorno esquizotípico sea combinado (psicoterapéutico y farmacológico), sabiendo que el puramente psicológico debe ser la piedra angular ya que, lamentablemente, la medicación psicotrópica sólo puede, en el mejor de los casos, aliviar determinados síntomas. A medida que existan síntomas afectivos, psicóticos, etc., más manifiestos, mayor será la indicación de terapia farmacológica.

Dimensión psicodinámica

Considero que en todos los trastornos de la personalidad el trabajo en esta dimensión es ineludible, sobre todo en las primeras sesiones y partiendo de que el paciente se encuentre más o menos estable. Conocer en profundidad a la persona y por qué ha ido desarrollando determinados comportamientos, rasgos de personalidad, mecanismos de defensa, etc. es imprescindible para modificar determinadas creencias (por ejemplo, sobre una supuesta inferioridad del individuo, o sobre el “mal de ojo” o “energías negativas” de algunas personas hacia él) y aportar algo de coherencia; en el caso del trastorno esquizotípico, hablar en términos de consecuencias lógicas reduce considerablemente el alejamiento de la realidad tan propio de estas personas.

Si realizamos un breve recorrido biográfico en sus vidas y observamos, por ejemplo, que se aislaron mucho de pequeños, que sufrieron burlas, etc., podremos justificar sus sensaciones con la gente por este motivo más que por otros “ocultos”. También podremos circunscribir estos problemas interpersonales a una etapa concreta de la vida e intentar romper la generalización al tiempo actual.

Dimensión cognitiva

Como ya he comentado, uno de los síntomas nucleares del trastorno esquizotípico es el alejamiento de la realidad. Retornar a pensamientos más empíricos y racionales es ya un fin en sí mismo, pero si además de esto obtenemos una mayor adaptación a la sociedad y al resto de las personas, y en definitiva una mayor conexión con la gente, se nos antoja entonces una necesidad del tratamiento.

Mediante procedimientos propios de la terapia cognitiva tendremos que intentar erradicar las distorsiones que sean más frecuentes en el paciente. Lo mejor es comenzar por las que más interfieran en la relación con los demás, y dejar para después otras que supongan planteamientos más genéricos sobre la vida o la realidad. Por ejemplo, tendrá prioridad erradicar la creencia del individuo de que la gente le está continuamente mirando por la calle o de que se van a mofar de él en un determinado lugar, antes que intentar desmontar una compleja teoría sobre la influencia de los astros o de su destino prefijado en su personalidad.

Dimensión conductual

De la misma forma tendremos que proceder en la apariencia física y en el comportamiento manifiesto de estas personas. Con mucha delicadeza y sin tener intenciones de cambiar todo de un día para otro, poco a poco habrá que introducir las convenciones sociales al uso para que el paciente se adapte mejor y no obtenga rechazo social.

Dimensión afectiva

Ya he mencionado que la autoestima y el estado de ánimo están bastante afectados, ocasionando una gran cuota de sufrimiento psíquico. Mejorar la relación del paciente consigo mismo es uno de los objetivos más importantes del tratamiento psicoterapéutico, y al mismo tiempo uno de los más difíciles de conseguir. Todas las intervenciones encaminadas a este logro serán pocas, y deben partir de la premisa del trabajo diario para modificar hábitos muy arraigados. Una buena estrategia es dividir la autoestima, que es un concepto quizá demasiado genérico y difícil de aprehender, en diferentes componentes. En mi trabajo terapéutico utilizo los siguientes: ayuda y apoyo (cosas que el sujeto puede hacer para solucionar sus problemas o para animarse en caso de dificultades); protección (actitudes de defensa ante hostilidades ajenas, pero también ante la autocrítica y otros auto-ataques); elogio (recompensa que el individuo debe hacerse cuando realice algo correctamente o de manera meritoria); consuelo (comportamiento mucho más adaptativo y positivo en caso de que el sujeto haya tenido algún sinsabor o se sienta mal); y por encima de todo el amor incondicional que debe profesarse a sí mismo.

Dimensión interpersonal

El alejamiento interpersonal es otro de los síntomas nucleares que he enumerado más arriba, por lo tanto revertir esta situación es otra de las prioridades del tratamiento. No obstante, hay que ser muy cuidadosos en este ámbito porque, de lo contrario, podremos encontrarnos con reacciones de mucho miedo o de rechazo general a la psicoterapia. Debemos concienciarlos de que es un problema para resolver paulatinamente, sin prisas, introduciendo cada vez elementos nuevos.

Se puede comenzar con una exposición teórica de un programa de habilidades sociales, que introduzca conceptos y comportamientos fáciles de asimilar como la asertividad, la recepción de elogios, la formulación de críticas, etc. Lo mejor es comenzar a aplicar todo esto en la propia terapia, para después aplicarlo al círculo reducido en el que el paciente tenga más confianza.

Progresivamente, habrá que ampliar el entorno interpersonal del paciente, pero para eso lo aconsejable es esperar a que se encuentre mejor y esté motivado para ello. Se le puede recomendar que se apunte a algún curso, gimnasio, asociación, etc., siendo muy importante que se comiencen estas relaciones de la mejor forma posible, intentando aplicar las habilidades aprendidas y luchando contra las distorsiones cognitivas que obstaculizarán este proceso.

En definitiva, y como he mostrado en esta brevísima exposición del trabajo psicoterapéutico que se puede y debe realizar, es una tarea sumamente ardua que será a largo plazo, con avances, retrocesos y diferentes vicisitudes, pero que basado en una sólida alianza terapéutica (imprescindible para el tratamiento de este trastorno de la personalidad) puede mejorar notablemente la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
- (2) World Health Organization. Clasificación internacional de las enfermedades, décima revisión: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- (3) Millon T, Davis R. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
- (4) Castelló Blasco J. Dependencia emocional: características y tratamiento. Madrid: Alianza Editorial; 2005.