

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria del Camino Nuñez Melón, María Basteguieta Gardezabal, Maitane Oscoz Irurozqui,
Mirari Amagoia Isasi García

blablona@hotmail.com

Psicosis, trastorno de personalidad

RESUMEN

La esquizotipia puede estudiarse desde distintos enfoques:

- Bajo la perspectiva categorial del diagnóstico del Trastorno esquizotípico (de la personalidad) del DSM V .
- Como expresión fenotípica de la carga genética de la esquizofrenia.
- Como idea de un espectro de la esquizofrenia.
- Desde el contexto de la personalidad normal.

Desde una perspectiva categorial los sujetos con esquizotipia se caracterizarían básicamente por comportamientos sociales deficientes, dificultades cognitivas en la organización y orientación de ideas, ansiedad de despersonalización y afecto empobrecido.

El DSM V incluye el trastorno esquizotípico como un trastorno de la personalidad, siendo la más relacionada con el espectro esquizofrénico de las tres que componen este grupo.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

El trastorno esquizotípico es el que presenta perturbaciones más severas como excentricidades, distorsiones cognitivas y perceptuales, extravagancia y aislamiento social. La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad y la incluye en la sección F20-29 como un componente del amplio espectro de los “Trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos y delirantes”, para subrayar su continuidad con estos cuadros.

A continuación, presentamos un caso clínico que nos ayude a esclarecer el concepto de esquizotipia y todas las dimensiones y comorbilidades existentes en este diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

El espectro esquizofrénico podría entenderse como un grupo de trastornos mentales y de personalidad relacionados de alguna manera con la esquizofrenia. Dentro de este espectro incluiríamos: la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, la personalidad esquizoide, la personalidad paranoide y la personalidad esquizotípica. Cuando hablamos de esquizotipia podríamos hablar de “anormalidades del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta, que no son suficientemente graves para reunir los criterios de esquizofrenia”. Su prevalencia es de 3% en la población en general, aunque las estimaciones han oscilado entre el 1% y el 5% (Torgersen et al., 2001). Desde un enfoque cuasidimensional la visión de la esquizotipia correspondería a la propuesta por Meehl (1962). Desde este enfoque es posible identificar aquellas personas esquizotípicas (o lo que es lo mismo, que poseen el taxón) mediante cuestionarios elaborados desde el referente de la patología. Este enfoque defendería la postura de un gen único para explicar el origen de la esquizofrenia.

Desde un enfoque totalmente dimensional la esquizotipia comprendería un conjunto de rasgos normales y es sólo bajo circunstancias desfavorables que los mismos se traducen en síntomas de patología, a lo largo del espectro de severidad. Según este enfoque la esquizotipia es un rasgo distribuido normalmente y que se puede evaluar mediante cuestionarios cuyos items tienen un contenido menos patológico y más centrado en la personalidad normal, es decir, en los rasgos. Defienden un explicación poligenética.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

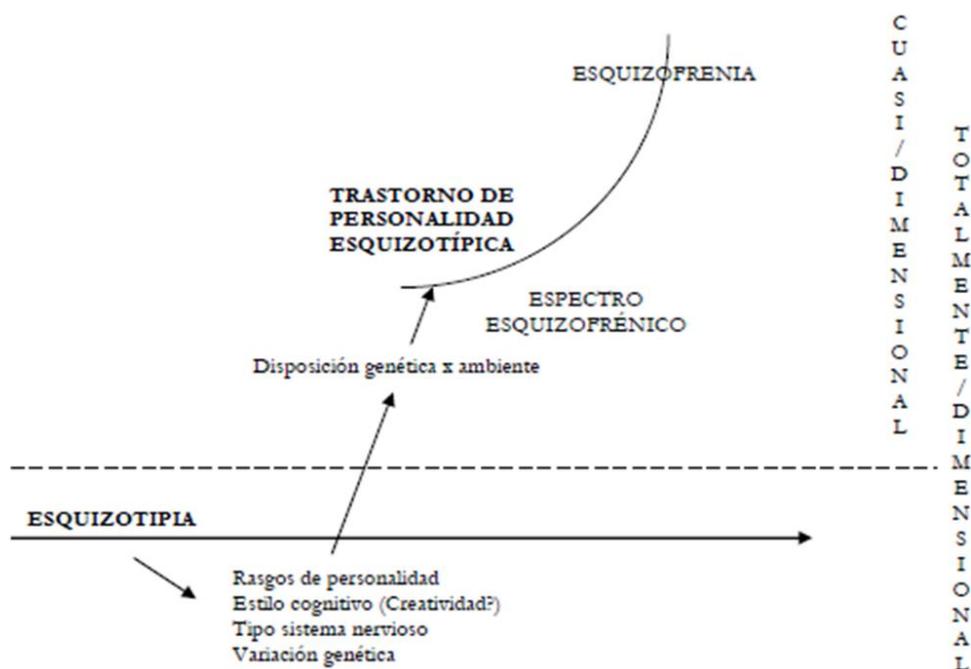


Diagrama comparativo de los enfoques cuasi-dimensional y totalmente dimensional de la esquizotipia y la esquizofrenia (tomado de Claridge y Beech, 1995).

Los factores hallados en la esquizotipia presentan un paralelismo fenotípico similar al encontrado en la esquizofrenia y al igual que ocurre en la esquizofrenia parece no existir acuerdo en el número de dimensiones.

La mayoría de los estudios presentan una solución tridimensional o tetradimensional:

- Positiva (Cognitivo-Perceptual o experiencias perceptuales inusuales): puede disgregarse apareciendo un factor de pensamiento mágico o creencias aberrantes.
- Negativa (Anhedonia, anhedonia Introvertida o déficit interpersonales).
- Tercera dimensión:
 - . Desorganización cognitiva: problemas pensamiento, lenguaje y conducta extraños.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

. No conformidad impulsiva/ Asocial/ Paranoide: suele ir unido a un factor de ansiedad social: rebeldía, impulsividad, extravagancia.

Por otra parte, tal y como vemos en el caso clínico presentado a continuación, en muchas ocasiones los rasgos esquizotípicos han sido asociados con síntomas obsesivos compulsivos. En un estudio realizado por Sobin y col. (2000) sobre una muestra de 119 pacientes con TOC hallaron que el 50% tenían rasgos esquizotípicos que iban de leves a severos. Este grupo de pacientes se caracterizaba por: inicio temprano, mayor comorbilidad, trastornos de aprendizaje, obsesiones agresivas, somáticas y compulsiones de conteo y de orden así como fobias específicas, trastorno de pánico y se asociaban a abuso de sustancias. Por todo ello la literatura contemporánea intentó superar la variedad terminológica acuñando la noción de "Interfase Esquizofrenia-TOC".

A continuación, presentamos un caso clínico que nos ayude a esclarecer el concepto de esquizotipia y todas las dimensiones y comorbilidades existentes en este diagnóstico comentadas con anterioridad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años, natural de país del este, en España desde hace 16 años. Vive con sus dos hijos adolescentes y su marido. Fratria de 4, la mayor. Ama de casa. Poco contacto con familia de origen.

Sin antecedentes personales orgánicos de interés.

Padre con problemas de consumo de alcohol. Madre problemas de consumo de alcohol y consumo de heroína.

Niega antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico.

Antecedentes personales de consumo de alcohol, THC y cocaína diario durante años, hasta hace 16 años en que inició la relación con su marido y dejó el consumo de todo tipo de tóxicos salvo de THC que sigue consumiendo de forma esporádica "a temporadas" antes de dormir.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Respecto a la historia evolutiva describe separación de sus padres en la primera infancia, vivencias traumáticas en el seno familiar por lo que desde los 10 a los 16 años estuvo en varios orfanatos. Posteriormente volvió a vivir con su madre dos años y desde los 18 hasta los 23 años tuvo una vida nómada, muy relacionada con un consumo de tóxicos diario y de cantidades importantes.

Cuando acude a consulta acude con tres mascarillas y dos filtros colocados entre las mascarillas con guantes, desinfecta las sillas antes de sentarse y se muestra dubitativa a la hora de sentarse. Refiere estar muy preocupada por un posible contagio de covid y se niega a coger ningún informe, receta,...Afirma que desinfecta todo lo que compra antes de meterlo en casa, lava la ropa aparte y se ducha nada más llegar, y que ha llegado a tener enfrentamientos con algunas personas por considerar que no estaban cumpliendo de forma adecuada las medidas de protección. Manifiesta que ha llegado a llamar a la empresa de autobuses para informar de un conductor que no se quería poner la mascarilla de forma adecuada. Reconoce que es muy sensible y vulnerable ante las situaciones externas, llegando a obsesionarse con estas situaciones. Por otra parte, afirma que cuando sucedió “lo del juicio de la manada” estuvo mucho tiempo después en que no quería salir a la calle o si lo hacía puntualmente lo hacía “vistiendo como una macarra, con hierros, pantalones rotos para que no se me acercaran, empecé a hacer deporte para estar fuerte y defenderme.”. Además que desde entonces cuando empieza a oscurecer “me entra pánico”, “pienso que me pueden violar, matar, pegar muy fuerte,...”. Relata una constelación de ideas sobrevaloradas sobre la violencia de los hombres expresa interpretaciones deliriosas sobre amenazas a las que se ha visto sometida (un taxista que le quería matar, un hombre que salió en el pueblo con un hacha hacia ella...). Al confrontarle realiza una crítica parcial de las mismas pero por otra parte afirma que hay una “fuerza que tarde o temprano mueve los acontecimientos y le van a hacer daño físico”.

Respecto a la relación con su marido lo considera una especie de “salvador”.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Refiere que cuando lo conoció ella estaba muy mal, consumiendo muchísimo y que pidió a Dios que le enviara a alguien y al día siguiente apareció el que actualmente es su marido. Refiere que entonces dejó de consumir y tuvo experiencias como “escuchar voces de ángeles, presentía a Dios delante mía”,... Un día afirma que sintió que su esposo, que estaba cerca, emitía un sonido u otro en función de si lo que ella contaba era verdad o no, por lo que empezó a pensar que él podía controlar todos sus sueños, sus pensamientos. Manifiesta que "Dios le envía señales de que su marido es la persona enviada para ella". A veces manifiesta que se le agolpan pensamientos "me viene la respuesta antes que responda el marido...", "pienso yo y responde él..." aunque hace crítica en general de estos pensamientos considerándolos extraños.

En relación a las creencias espirituales que tiene da un significado a gestos, sonidos, interpretando los mismos a veces como mensajes de Dios llegando a modificar su comportamiento en ocasiones. Por ejemplo refiere que hubo un periodo en el que sólo podía comer en platos claros porque si comía en platos oscuros pensaba le podía pasar algo malo, afirma que "creo que si llueve es porque me porto mal", "si me ducho me tengo que secar con una toalla clara porque sino me puede pasar algo oscuro...".

Habla de su infancia haciendo interpretaciones en los mismos términos: "siempre en el orfanato pensaba que “era elegida o protegida por Dios”, "siempre sentía que tenía a alguien que me cuidaba, que me protegía para que no me pegara, que me daba cariño,..".

EPP: Consciente. Orientada en las tres esferas. Labilidad emocional. Contacto ocular mantenido. Acude con tres mascarillas y guantes. Parcialmente colaboradora, cierta suspicacia. Sensación subjetiva de estado anímico bajo. Activa. Capacidad de disfrute preservado. Niveles de ansiedad elevados. Discurso espontáneo, coherente, informativo, muy centrado en el tema del contagio y del "mal comportamiento del mundo" de las normas sociales, con cierta tendencia a las interpretaciones suspicaces y de perjuicio y miedo al contagio, con pararrespuestas, tangencialidad, presión del habla ligeramente incrementada, sin otras alteraciones del curso ni forma del pensamiento.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ideas sobrevaloradas en relación al contagio y también interpretaciones delirantes de distintas experiencias. No alteraciones sensoriales en el momento actual. Consumo de 1 porro de marihuana a veces algunas temporadas. Niega consumo de otros tóxicos. Niega ideación auto o heterolítica. Capacidad de juicio preservada. Ritmos biológicos preservados.

EVOLUCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO: Se inicia tratamiento con sertralina en dosis ascendente hasta 200 mg diarios y se pauta 0,5 mg de Risperidona (1-0-1) con evolución satisfactoria en líneas generales. La paciente tolera de forma adecuada el tratamiento y ha disminuido la clínica afectiva y ansiosa que presentaba. Si bien persiste tendencia a interpretaciones de tinte suspicaz así como ideas obsesivas, la repercusión de las mismas es menor y se está pudiendo trabajar a nivel psicoterapéutico las dificultades que presenta en las relaciones interpersonales

CONCLUSIONES:

La esquizotipia muchas veces se ha considerado como una suerte de antesala hacia la esquizofrenia. Si bien, los estudios que tratan de relacionar personalidad y esquizofrenia se encuentran ante dos grandes limitaciones (Cuesta et al., 2002): por un lado, la cuestión nosológica, en cuanto a la validez de las entidades categóricas y las dificultades diagnósticas que comporta el enfoque dimensional; y por otro lado, la adopción por parte de la mayoría de estudios de un diseño post hoc, es decir, de un análisis retrospectivo de la personalidad tras la eclosión de la patología. Si a esto añadimos la diversidad de instrumentos de evaluación, entenderemos la existencia de muchas de las discrepancias de resultados en los estudios.

Respecto a la relación entre TOC y psicosis, Toro Martínez (1999) propone una forma sistemática de abordaje para el estudio de la transición entre estos trastornos, que consiste en considerar tres situaciones clínicas completamente diferentes: pacientes esquizofrénicos que presentan síntomas obsesivos compulsivos, pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos que presentan un episodio psicótico transitorio y pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos con ideas sobrevaloradas y rasgos esquizotípicos de personalidad.

LA ESQUIZOTIPIA: CONCEPTO, DIMENSIONES Y COMORBILIDADES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Los pacientes del punto 3 presentan síntomas obsesivos graves, con un insight presente sólo de modo marginal, perdiendo las resistencias en las situaciones en que se impone la tendencia compulsiva, o resistiendo de un modo tan patológico que alcanza ribetes de bizzarria.

La esquizotipia, en cualquier caso se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuesta, M. J., Peralta, V. y Caro, F. (1999). Premorbid personality in psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 801-811.
2. Cuesta, M. J., Peralta, V. y Zarzuela, A. (2001). Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis? *Schizophrenia Research*, 51(2-3), 109-117.
3. Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A. y grupo Psicost. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(Suplemento 1).
4. Sobin C, Weiller C, Cavigan C, Haiman C, Karayiorgu M: Evidence of a schizotypy in OCD. *J Psychiatry Research*, 34:15-24, 2000.
5. Torgersen, S; Kringlen, E; Cramer, V (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
6. Toro Martínez, E., "Formas psicóticas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo", *Revista Alcmeon – Año XII, vol 10, N°2, septiembre de 2001.*