



TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO. PERSONALIDAD ESQUIZO-PARANOIDE. IMPULSIVIDAD

Isaac Encinas Martín y Fernando Fajardo Bullón
INFAD

RESUMEN

Juan es un chico solitario y receloso que desconfía de su entorno. A pesar de pertenecer a una familia numerosa, siempre se ha sentido rechazado, abandonado y con grandes dificultades sociales. Su agresividad inhibida le lleva a mostrar una serie de impulsos con una finalidad inconsciente auto lítica que será tratada mediante una terapia psicodinámica.

Palabras claves: Trastorno de personalidad no especificado, Impulsividad, Tendencia paranoide, Tendencia obsesiva, Inhibiciones afectivas.

ABSTRACT

John is a lonely boy and suspicious who mistrusts on his environment. Despite he belongs to large family, he has always felt rejected, abandoned and with huge social difficulties. His inhibited aggressiveness leads him to show a series of impulses under an unconscious purpose which will be treated with a psychodynamic therapy.

Key words: Not specified personality disorder, impulsiveness, paranoid tendency, obsessive tendency, emotional inhibitions.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, las principales razones de la creación de situaciones conflictivas se encuentran en la falta de control sobre los impulsos y las inhibiciones. En este artículo se quiere llamar la atención sobre un grupo de pacientes que presentan ambas dificultades en su vida de relación.

La impulsividad es una forma de actuación impremeditada o no reflexiva que se da en una serie de sujetos. Se puede comprobar que entre el pensamiento de una actuación y el momento en que se hace realidad la misma hay un espacio de tiempo que algunos denominan mentalismo o mentalización. En este espacio de tiempo, que es casi imperceptible pero no por ello poco importante, el individuo hace una reflexión, sobre todo en lo que concierne a las consecuencias de sus actos, y permite que éste se estructure y lo lleve a la conciencia. En este sentido, la adolescencia es un momento de la vida del indi-

**TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO. PERSONALIDAD ESQUIZO-PARANOIDE. IMPULSIVIDAD**

viduo dominado por la impulsividad. Dicha impulsividad es necesaria para que el adolescente pueda adquirir su individuación y a la vez a lo largo de la misma debe llegar a dominarla.

Las inhibiciones del estatus afectivo, al igual que la impulsividad, son patrones desadaptativos de la persona que los manifiesta, produciendo un deterioro importante de la vida familiar, afectiva, social y familiar.

Tanto los impulsos como las inhibiciones son tendencias en el desarrollo de la personalidad que, como tales, llegan a instaurarse como formas de vida en el individuo. Los trastornos de personalidad son verdaderamente peligrosos debido a la profundidad que adquieren dentro de la personalidad del individuo, convirtiéndose en rasgos de carácter donde el síntoma pasa a ser inconsciente, vivenciándolo como propio. La mayoría de los pacientes con estas características lo expresan como “yo soy así”, a pesar de presentar un sufrimiento que, desde esa afirmación, les hace que se sientan confundidos.

En realidad, según el DSM-IV-TR, el caso que se expone estaría dentro del trastorno de personalidad no especificado pues el paciente presenta rasgos de personalidad, es decir, *patrones persistentes de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que manifiesta en una gran cantidad de contextos sociales y personales* (DSM-IV-TR, 2003). Estos rasgos son reconocibles en el ámbito de la cognición, de la afectividad, la actividad interpersonal y el control de la impulsividad.

Los pacientes que presentan trastorno de personalidad no especificado van cambiando su patrón de trastorno, aunque los identifiquemos por aquellos que son dominantes en su personalidad. Este artículo se centra en el paranoide y en el obsesivo compulsivo, pues son con los que más se ha trabajado a nivel terapéutico para conseguir la mejoría del paciente a través de la adquisición de recursos para su adaptación social.

El DSM-IV-TR lo indica en F60.9 y para la CIE-10 sería (301.9). Los trastornos de personalidad no especificados y sus principales rotaciones son F60.5 (trastorno obsesivo compulsivo), F60.1 (trastorno esquizoide) y F60.0 (trastorno paranoide).

Psicodinámicamente las situaciones anteriormente expuestas se reconocen como tendencias. Admitiendo una asociación entre la tendencia paranoide y la tendencia esquizoide, la tendencia obsesiva, la tendencia simbiótica o de dependencia, la tendencia depresiva, la tendencia hipocondríaca, la tendencia fóbica y la tendencia narcisista.

MÉTODO**Instrumento.**

La metodología utilizada es la propia de la psicoterapia dinámica. En ciertos momentos de agudización de la angustia y la depresión se utilizaron antidepresivos y ansiolíticos.

La descripción de Juan es la de un trastorno de personalidad no especificado que rota por los trastornos obsesivo compulsivos, esquizoide y paranoide.

Procedimiento.

Este trabajo se caracteriza por la descripción de un solo caso. Se describe un resumen de las sesiones de psicoterapia con el paciente Juan, que muestra sospechas, sin base sólida, de poder ser agredido o engañado, con una gran impulsividad y una importante inhibición afectiva que le provocan una inadaptación social. Se han realizado dos sesiones de psicoterapia semanales de cincuenta minutos cada una durante 6 años.

Antecedentes de Juan.

El paciente muestra, como todos los sujetos que responden al perfil de trastorno paranoide de personalidad, una suspicacia y desconfianza general desde el inicio de la edad adulta. Cualquier iniciativa de otro individuo hacia su persona es interpretada como maliciosa. El sujeto estudiado suele verbalizar: “Cuando era pequeño mis hermanos no querían que saliese con ellos y solo me admitían cuando lleva-



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ba dinero y les invitaba. Luego se reían de mí y me volvían a abandonar”. “Mi padre me pide dinero que gano como soldado profesional. Luego no me lo devuelve y cuando yo se lo pido a él me lo niega.” Se puede observar que la estructura familiar es muy primaria y se basa en la dominancia y esto genera una desconfianza básica.

En ningún momento reflexiona sobre las características afectivas que guían los objetivos del interlocutor, tal y como se observa en el siguiente comentario: “No sé si debo decirle a mi hermano que son las pruebas para soldado permanente, puede que, como me tiene una gran envidia, le comunique al capitán lo de mi hernia de disco para impedir que saque la plaza”. Del mismo modo alberga rencores desde la pubertad y recuerda que “mi primera novia me engañó con mi mejor amigo, no se puede fiar uno de nadie. Ella fue mi elección y yo la respeté en su idea de no mantener relaciones sexuales y luego las tuvo con él mientras estaba de viaje y me abandonaron los dos”. Como se puede observar llegando a la pubertad los amigos que hace también mantienen este tipo de relación lo que hace que se reafirme en sus temores e inseguridades.

El paciente en los últimos tiempos ha adquirido una deuda de más de ochenta mil euros. Normalmente adquiere artículos que luego vende a bajo precio, como coches, una moto de gran cilindrada que utilizó sólo en una ocasión, al no tener carnet para poder circular con ella, equipos de música, etc.

El paciente acude con asiduidad al casino y suele jugar a las máquinas tragaperras. Cuando sale del trabajo no quiere ir a casa, de hecho no tiene domicilio fijo con los padres y vive por temporadas con los hermanos casados. Incluso ha llegado a vivir con algún conocido, aunque esta situación no alcanza a durar más de una o dos semanas. Una vez que anochece acude al cine y posteriormente cena en los bares de la zona donde vive con sus padres y con un hermano diagnosticado de esquizotipia. Finalmente termina en algún club de alterne de la carretera que lleva a su cuartel. Todas estas actividades las realiza en la más absoluta de las soledades.

Juan es una persona que pertenece a una familia que se une frente al exterior y que internamente se vehicula por lazos de necesidad y no por lazos afectivos. Se refiere a sus padres como “ellos nunca se llevaron bien, mi padre nunca está en casa pues dice que mi madre está loca”. Su madre se relaciona mal con su entorno, no sale de casa. Juan indica que su madre comenta cosas muy raras. “Si se enfada y estas cenando no te lo comunica, lo que suele hacer es quedarse mirándote mientras cenas y te saca temas incoherentes”. “En esa casa nunca hay dinero ni nada que llevarse a la boca y si trabajas te sientes muy mal, pues como no dejes el dinero que se te pide te contestan con un... ya te vale permitir que tus hermanos pasen hambre por tu egoísmo”. Como se puede comprobar Juan, desde su adolescencia, que es cuando comienza a realizar ciertos trabajos, se ve sometido a un chantaje emocional con respecto al dinero que gana y de manera extensiva hacia los logros que pudiera conseguir.

El padre de Juan es un empleado de banca que, por haber tenido que criar a ocho hijos y por ser un hombre que siempre ha trabajado desde su complejo de inferioridad, ha gastado más de lo que ha ingresado, de tal forma que gran parte de las peleas del matrimonio se han dado en torno a la economía familiar, donde la madre requería dinero al padre y éste se lo negaba.

Juan tiene 27 años y es el cuarto de ocho hermanos, todos varones excepto una hembra. La abuela materna crió a Juan y a dos de sus hermanos hasta aproximadamente los 11 años, a esta edad falleció y tuvieron que volver al domicilio familiar. De su infancia sólo resalta el hecho de querer salir con sus hermanos mayores y ser rechazado y ridiculizado por los mismos y sus amigos. Lo refiere como que huían de él después de haberle quitado el dinero.

En el colegio los rendimientos eran muy bajos, y era el “matón” de la clase, repitiendo las conductas que aprendía en el medio familiar. No muestra sensación de culpabilidad, ya que interpreta como un hecho normal el someter a palizas a los compañeros y extorsionarlos para quitarles el dinero o aquello que deseara.

El mayor de los hermanos se fue con 15 años de casa. El segundo aproximadamente con la misma edad, con lo cual prácticamente ha convivido con los cinco restantes. Al quinto hermano lo define como “metrosexual”. Para el paciente es una forma de indicar que su hermano es homosexual, que no tiene

**TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO. PERSONALIDAD ESQUIZO-PARANOIDE. IMPULSIVIDAD**

amigos y que presenta un trastorno de dependencia de la madre con agorafobia.

En su adolescencia únicamente se relacionaba con su amigo "Candy" con el que mantiene una relación de competitividad, según indica el propio paciente, "Candy es un competidor al que siempre gano". Pasa la mayor parte de su tiempo en casa de este amigo como si fuera su propio hogar. Ante la pregunta de la existencia de algún tipo de control parental responde que no hubo. Con Candy persiste el mismo sistema relacional que en el colegio, llamado la "caza de los pijos". En realidad siente por los hijos de familias adineradas una atracción y una animadversión, dando lugar a una situación ambivalente de amor odio.

En el ejército parece encontrar un hogar, lo que le lleva a una situación de institucionalización. Esta situación le proporciona una estructura sólida que le valora en sus capacidades y no sólo por el lugar que ocupa. En este contexto encuentra la normativa que no le proporciona su padre y de la que carece el hogar familiar, además de una valoración paterna de la que ha carecido en su infancia. Del mismo modo, se le imponen restricciones y esto hace que se sienta seguro y que acepte las limitaciones, y por tanto a la norma. En ocasiones hace referencia a una vivencia personal como si estuviera en dos mundos distintos a la vez, uno el laboral y otro el de su vida fuera del cuartel.

Acude a la consulta después de haber estado de vacaciones en casa de un ex-compañero del cuartel donde se hospedaba, conviviendo con él y su mujer. Por el hecho de vivir en Cádiz en realidad no siente una verdadera amistad por él, únicamente lo utiliza.

El *síntoma inicial* comprende somatizaciones con mareos, dolores gástricos y diarreas clínicamente no significativas y que no responden a ningún diagnóstico concreto. Es destacable el miedo que presentaba a perder la cabeza y caer en la locura. Refiere "en la calle siento un vacío total y en casa no puedo estar".

Tratamiento.

En el tratamiento se han seguido las relaciones que se mantienen entre las distintas tendencias, aplicando el tratamiento Psicodinámico específico en cada momento y comprendiendo como se relacionan entre ellas para proteger el yo de la angustia. Ha sido precisa la medicación en ciertos momentos evolutivos para poder atrapar el síntoma, con lo que se han conseguido resultados bastante satisfactorios.

El primer contacto con la angustia se observa al intentar colocar internamente a la figura materna. Para ello precisó de tratamiento farmacológico, pues se trata de hacer frente a un brote psicótico agudo, que se solucionó satisfactoriamente con 50 mgrs. de sertralina (besitran) y un comprimido de orfidal cada 8 horas. Las tendencias paranoides participan en la formación de la identidad, también pueden utilizarse para la evitación de males más temidos o para la agrupación de la gente.

S. Freud plantea en sus observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia "lo paranoico es una defensa frente a las autoacusaciones", el mecanismo de defensa que se utiliza es la proyección (Freud, 2006). Después cambió el enfoque y dio entrada al concepto de compensación de vivencias de insuficiencia y sentimientos de inferioridad.

En trabajos posteriores se interpretan los sentimientos inconscientes homosexuales hacia la comprensión de sentimientos de inferioridad sexual, de debilidad, de dependencia, de agresividad y de poder, que se explican como intentos de compensación de las vivencias de insuficiencia y para perseguir el logro de la autoestima (Heissner, 1978: 20).

Karl Abraham y M. Klein consideraron la paranoia como una regresión en la cual se realiza una introyección parcial del objeto. El individuo con tendencias paranoides proyecta sus fantasías de destrucción y ataque en el exterior para defenderse de la destrucción interior que pueda producir el sentimiento de culpabilidad, provocando así una enorme ansiedad.

La situación obsesiva procedente de la fase anal sádica y relacionada estrechamente con la fase oral sádica es una situación protectora que bien pudiese servir de defensa contra el estatus paranoico. Por todo lo anterior, se puede argumentar que la angustia está puesta al servicio de preservar el Yo del suje-



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

to, mientras en la fase depresiva trata de preservar la internalización de los objetos buenos con los que el yo se identifica. De tal modo, primero han de internalizarse los objetos buenos parciales y posteriormente los totales. Para los sujetos con tendencias paranoides la angustia es demasiado grande para realizar la identificación y ejecuta un bloqueo de la introyección de los objetos buenos debido a las dudas y suspicacias que convierten al objeto amado en persecutorio.

Se debe destacar la baja tolerancia del paciente a la culpabilización, elemento indispensable para acceder a la fase depresiva que es la posición curativa. El paranoide se encuentra ante un dilema tremendo; si proyecta fuera puede perder los elementos buenos y si no proyecta puede autodestruirse a través de la culpa.

La posición paranoide es considerada una posición de inmadurez en cuanto a las relaciones de objeto, tanto a nivel interno como externo y un estancamiento de la libido en la fase oral sádica. De aquí los miedos de los pacientes esquizo-paranoicos a que se puedan transferir conocimientos de ellos mismos o de su personalidad por lo que protegen con excesivo celo la información, pues proyectan fuera los impulsos agresivos.

M. Klein hace énfasis en la influencia de los padres, su actitud y en el trato con respecto al niño (Klein, 2006). La actitud punitiva, autoritaria y súper-exigente intensifica los sentimientos de odio. En el caso que se presenta se puede observar la existencia de una jerarquía desde unas relaciones familiares basadas en el dominio y la sumisión. El mayor es el más fuerte por el hecho de que se le debe obediencia. Esta situación genera además ansiedad, culpa, y bloquea la salida normal de los impulsos sádicos que tienden a ser reprimidos y así acumularse y fijarse en posiciones paranoides.

Para que se dé un desarrollo afectivo adecuado se necesita, por tanto, lo que se conoce como una "matrix materna", también llamado "holding" (Winnicott, 2006). Como se puede comprobar en la historia del paciente, la madre de Juan se vivencia como desvalorizada y presenta grandes dificultades para relacionarse adecuadamente con sus hijos, a los que teme y cuyo respeto hacia ella es nulo. No en vano, ella fue hija única y tiene una familia numerosa donde los varones predominan y en la que su única hija ha realizado una negación de la figura materna.

La violación de la continuidad de ser y adquirir una realidad psíquica, así como la adquisición de un esquema corporal, llevan a la malformación del "self emergente" con lo que se forma un falso self y se crean las bases para la formación del futuro proceso paranoide (Kaplan y Sadock, 1999).

Juan define a su madre como una niña. Ésta posición hace que ella se sitúe como receptora y él como elemento dador, o por lo menos es la posición en la que ella lo coloca. La receptividad de la madre a las necesidades del hijo es nula o casi inexistente y el holding es defectuoso. Además el paciente se angustia mucho frente al hecho de sentirse impotente ante los requerimientos maternos (de alguna forma esta fue la causa del inicio de las deudas y de la impulsividad, pues el tener dinero no es posible. Le hace sentirse culpable).

La madre proyecta sobre Juan sus elementos parciales de su deficiente autoestima; Juan los introyecta y luego los re proyecta y así sucesivamente. La desvalorización de la madre hace que aumente de forma directamente proporcional la inhibición emocional del hijo y el trauma narcisista de la hija. Juan vive esta situación como una privación de sus necesidades ante sus intentos de autonomía.

Otra de las crisis de ansiedad, que fue preciso atender con ansiolíticos, tuvo relación con su deseo de comenzar una vida independiente y buscó un piso para compartir. El primer día entró en una crisis de pánico y dejó el piso al día siguiente. Sentía una culpa y una responsabilidad muy grande por el bienestar de sus padres.

Otra de las agudizaciones que presentó el paciente consistió en una situación delirante en la cual tenía miedo a perder el control sobre su persona y cuando se cruzaba con una mujer refería tener deseos de degollarla. Aunque esto parezca impactante, en realidad Juan estaba tomando contacto con sus dificultades a la hora de romper con la fase simbiótica en la que vivía en ese instante. Hasta ese momento en su vida sólo habían existido dos mujeres, su madre y Ada. Su madre la sentía como una carga,

**TRASTORNO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO. PERSONALIDAD ESQUIZO-PARANOIDE. IMPULSIVIDAD**

pues le había proyectado el objeto parcial malo que ella misma sentía. Esto hacía que Juan se pusiese a su disposición para, de forma abusiva, hacerle creer que su existencia dependía de la satisfacción de las necesidades maternas.

Por otro lado, Ada le había engañado con su mejor amigo. En realidad, Ada era un reto pues se configuraba como la chica deseada por todos en el barrio, la hizo su musa y la respetó en todos sus deseos. No llegó a mantener relaciones sexuales con ella y la introyecta en su propio narcisismo. Su acción abrió su herida narcisista.

La conjunción de ambas figuras le llevó a la situación delirante y la salida la obtuvo al unir ambos elementos en su totalidad y no como elementos parciales. Colocando dichas figuras a nivel real y de forma afectiva se consiguió el espacio de reflexión que hacía falta para poder frenar el impulso de ir a los prostíbulos. Se llegó a la conclusión de que, en realidad, lo que pretendía de las prostitutas era que le iniciase en una fantasía narcisista en la cual él se sentía poderoso sin tener que cuestionarse su responsabilidad a la hora de ostentar el poder. Dueño de su persona, sólo tenía que justificar su acto con el pago.

Llevando esta situación a la consciencia se consiguió hacerle salir de su ostracismo y por tanto de su tendencia esquizoide. Se pudo llegar a conceptuar el hecho de que, sus sentimientos destructivos no son reprobables y sí las acciones destructivas. Dichos sentimientos son los que le llevan a actuar de forma meditada y no impulsivamente, considerándolos necesarios para la formación de la personalidad y la identidad del ser humano, pero nunca de forma aislada o parcial sino evaluando al individuo en su conjunto.

La posición como terapeutas fue tolerar los propios sentimientos hacia el paciente y proporcionarle una imagen materna buena y sobre todo no exigirle nada, comprendiendo en cada momento y haciéndole consciente de la inexistencia de intereses ocultos hacia él. Dicho en otras palabras, se aguantó la ambivalencia hacia el paciente y él pudo elaborar la suya.

RESULTADOS.

La psicoterapia dinámica ha supuesto para el paciente una mejoría muy significativa. Sus relaciones han mejorado enormemente así como ha variado su forma de relacionarse. Los impulsos han cedido y ha dejado sus dependencias de la prostitución y del juego. En la actualidad se está afrontando la dificultad de estructurar las angustias vitales que han aflorado. Esto también se está llevando a cabo desde la instrucción del paciente a la hora de realizar interpretaciones correctas, lo que le permite sentirse más seguro en el medio y por tanto llevar a cabo iniciativas personales que le alimentan.

Es de destacar que desde que comenzó la terapia el paciente ha conseguido aprobar sus estudios de administrativo, lo que ha propiciado la realización con éxito de las pruebas para soldado profesional. En los dos últimos años se ha especializado en electricidad además de trabajar como guardia de seguridad permitiéndole obtener un sobre sueldo para condonar las deudas.

Se ha conseguido dotarle de una estructura de base en su vida, que no poseía, y apoyado en ella, se ha conseguido que evite las situaciones caóticas que tanto le asustaban y que ponían de manifiesto su inadaptación. Ahora atiende a su trabajo, llega a casa con normalidad y dedica su tiempo a la formación, bien en su casa o en la biblioteca de la universidad, donde se ha sentido acogido. Cuando termina su jornada vuelve a su vivienda y cena para luego dedicarse, como el dice “a darse el premio de relajarse chateando en internet”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La enfermedad de Juan se clasifica por sus manifestaciones clínicas dentro de un trastorno de personalidad no especificado de tipo esquizo paranoide. El paciente que se presenta en este artículo tiene una afectividad plana, sólo muestra rencor y desconfianza hacia su entorno y su implicación en las



PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA

situaciones sociales carecen de interés. Su desmotivación se refleja en sus objetivos laborales al pretender ser soldado raso hasta que le echen del ejército, sin buscar otras opciones.

Los amigos son pocos y de la infancia, aunque del mismo modo son utilizados para su propia supervivencia. De hecho solo tiene un amigo. Su carácter es dominante lo que hace que sean ellos los que le busquen, casi siempre para resolver problemas.

En cuanto a su familia sólo le unen a ella lazos de necesidad y procura que sus insuficiencias se minimicen lo máximo posible. Se puede concluir que la psicoterapia dinámica, en combinación con tratamientos psicofarmacológicos, es adecuada para la evolución de pacientes con trastornos de personalidad. Además, en la psicología dinámica, se encuentran las claves para el tratamiento de dichos pacientes, basándose en la evolución del niño y considerando, dicho trastorno, como una situación involutiva.

El buen maternaje de Winnicott, la fase simbiótica y el posterior proceso de separación individuación de Mahler, aportan conocimiento del ambiente y del fondo humano sobre el que los seres humanos, cuando somos bebés, podemos realizar los procesos de diferenciación y organización de nuestro propio ser, de la presentación de nosotros mismos y de los objetos que nos rodean. Como referencia se puede tomar la angustia de separación que será directamente proporcional a la globalización de la introyección.

Uno de los miedos fundamentales de este tipo de pacientes se encuentra en poder sentirse dependiente del terapeuta o generar un cambio de la madre por el terapeuta o incluso con otros individuos. La introyección y la proyección consiguen la definición del self.

Es de resaltar la gran importancia de los aspectos afectivos de la figura materna para conseguir un proceso de individuación adecuado.

BIBLIOGRAFÍA.

- CIE-10 (1992). *Clasificación estadística internacional de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud*. Organización mundial de la salud.
- DSM- IV-TR (2003). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona : Editorial Masson.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Compendio de psiquiatría. Psiquiatría clínica*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Heissner,W. (1978) *The Paranoia process*. New York: Aronson.
- Sigmund, F. (2006). *Obras completas*. Tomos 4, 7 y 8. Barcelona: RBA editores.
- Winnicott, D. (2006). *Obras escogidas*. Volúmenes 2 y3. Barcelona: RBA editores.
- Klein, M. (2006). *Obras completas*. Volúmenes 1 y 2. Barcelona: RBA editores.

