

# El Fenómeno esquizoide en consumidores de drogas

Ralph H. Armstrong, MD

**Resumen:** Se ha sugerido la hipótesis de que el espectro de trastornos esquizoide, el fenómeno esquizoide y las psicodinámicas subyacentes pueden encontrarse a menudo en la gama de las adicciones y compartir el proceso de recuperación. Se revisan los aspectos del trastorno esquizoide, las variedades de las presentaciones esquizoide y la etiología y la patogénesis del abuso de alcohol / drogas en el esquizoide y los aspectos psicodinámicos clínicamente aparentes. El fenómeno esquizoide puede tratarse con eficacia con una psicoterapia adecuada.

Palabras clave. Cocaína, alcohol, abstinencia, desintoxicación.

**Palabras clave: Esquizoide, abuso de sustancias, diagnóstico dual**

## *Fenómeno esquizoide, diagnóstico dual y motivación en la recuperación*

Los estudios de gemelos y de adopción,<sup>1</sup> así como los experimentos con animales, que detallan el papel primordial del sistema dopaminérgico de recompensa del mesolímbico<sup>2</sup> en la dependencia química, apoyan las bases biológicas de la dependencia. Dada la prisión biológica en la que se encuentran a sí mismos los propios usuarios, la recuperación requerirá, tal como han apuntado Miller y Rollnick<sup>3</sup>, la motivación para abstenerse. Para mantener la motivación es importante la buena disposición para apuntarse en grupos de apoyo, lo cual optimiza las posibilidades de una recuperación duradera. Los trastornos psiquiátricos concomitantes, en particular aquellos con aislamiento como característica principal, interfieren con tal motivación. La motivación para el aislamiento debe plantearse si la persona está comprometida con el proceso de recuperación.

El aislamiento y la alienación son universales entre las personas gravemente dependientes de sustancias químicas. La dependencia de sustancias, tal como se define en el DSM-IV,<sup>4</sup> implica la pérdida de interés y de contacto lo que conduce al aislamiento. Otros trastornos del Eje I, especialmente la Fobia Social (FS), conllevan su propio retiro y alienación. Además, muchas personas

dependientes del alcohol y/o de sustancias químicas tienen diagnósticos del Eje II. Los sufridores de Trastorno Esquizoide de la Personalidad (TEP) y de Trastornos de la Personalidad por Evitación (TPE) se aíslan específicamente. El TPE y la FS son trastornos fóbicos que muestran una marcada ansiedad social. Los dos últimos desean relacionarse pero se aíslan para evitar la ansiedad. Si uno se centra en el espectro completo del fenómeno esquizoide, el Trastorno Esquizoide de la Personalidad, es particularmente frecuente y tiene la dinámica característica de un aislamiento emocional que obstruye la motivación y el alistamiento.

Akhtar<sup>5</sup> resume la literatura psiquiátrica descriptiva cuando sugiere que la personalidad esquizoide está relacionada genéticamente con el desarrollo y fenomenológicamente con la esquizofrenia. Esto es, la introversión y el aislamiento del esquizoide están considerados como una variante del autismo de la esquizofrenia. Este prejuicio se refleja en detalle en el grupo de TEP con Trastornos de la Personalidad Paranoide y Esquizotípico en el grupo A. En la literatura acerca de la valoración psicológica usando la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (ECE), seis estudios<sup>6-11</sup> de comorbilidad de trastornos de la personalidad con tras-

Este artículo se ha publicado en la revista Journal of Addictive Diseases. 2002

tornos de abuso de sustancias encontraron una incidencia de TEP de entre 0 y 4,1%, alrededor de lo que uno podría esperar si busca el autismo tipo esquizofrénico del esquizoide clásico.

Los estudios que emplean la observación u otros instrumentos de test han destacado la coincidencia con fenómeno esquizoide y trastornos de abuso de sustancias. Brown,<sup>12</sup> usando los criterios de Guntrip para la esquizofrenia, observó la frecuencia del fenómeno esquizoide en una clínica de corta estancia en plena época de la guerra del Vietnam. Fals-Stewart,<sup>14</sup> usando el Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon (ICMM) destacó que los abusadores de sustancias con unas puntuaciones elevadas de trastorno esquizoide, de evitación y de antisociabilidad, permanecieron menos tiempo en tratamiento y recayeron antes en un seguimiento de un año. Roszell y col.,<sup>15</sup> estudiando el uso de alcohol y la psicopatología en los adictos a los opioides en mantenimiento con metadona con el MMPI (Cuestionario multifásico para la personalidad de Minesota), encontraron que el cluster esquizoide era el mayor indicador de consumo problemático de alcohol. Treece y Nicholson,<sup>16</sup> estudiando el tipo de personalidad del DSM-III y los niveles de dosis de metadona en los pacientes en mantenimiento, encontraron que los pacientes con trastorno tipo esquizoide requerían dosis de estabilización significativamente mayores que los pacientes con otros diagnósticos. Matano y col.,<sup>17</sup> mirando los subtipos de personalidad del ICMM para alcohólicos, encontraron puntuaciones altas entre los pacientes ingresados en las Escalas Negativista, Evitación/Esquizoide y Dependiente.

Es bastante frecuente la imagen del abusador de sustancias distanciado, retraído, e aislado, y este estilo de personalidad puede persistir a pesar de la abstinencia prolongada. El patrón llega a ser más prominente a medida que uno desciende en la escala socioeconómica. Excluyendo los esquizofrénicos, es probable que muchos alcohólicos sin techo sean solo esquizoides sin ninguna relación con la esquizofrenia. Muchos adictos cumplen los criterios del DSM-IV para TPE (distanciado, indiferente, asexual, solitario, excesivamente fantasioso, un solitario) especialmente si uno prosigue una

historia longitudinal, en la que encuentra en la infancia tardía y en el inicio de la adolescencia, previamente al inicio de la toma de drogas y alcohol, una tendencia hacia el aislamiento, la soledad y la fantasía.

Por una vía el semi-autismo es genético, por otra es por vía de abuso y/o abandono de niños, lo que puede llevar a su propio aislamiento, recogimiento, y encierro emocional. Hay abundante evidencia de que el maltrato de los niños predispone al futuro abuso de sustancias. Wilsnack y col.<sup>18</sup> destacaron que la experiencia de las mujeres en el abuso sexual en la infancia puede ser un factor de riesgo importante para un posterior abuso de sustancias, psicopatología y disfunción sexual. Holmes<sup>19</sup> describió una asociación entre haber sufrido abuso sexual y la posterior iniciación en la inyección de drogas durante la adolescencia. Windle y col.<sup>20</sup> encontraron una relación a largo plazo entre el abuso psíquico y sexual y la coexistencia de trastornos mentales entre adultos alcohólicos ingresados. Ellos abogaron por tratar los traumas intrapsíquicos no resueltos asociados con abusos en la infancia para incrementar la eficacia de los resultados del tratamiento y reducir las tasas de recaída entre los alcohólicos. Bernstein y col.<sup>21</sup> estudiando la tríada de abuso de sustancias, personalidad patológica y los efectos de los maltratos en la infancia destacaron que el abuso emocional emergía como un claro factor de riesgo para todos los trastornos de la personalidad, mientras el abandono emocional estaba relacionado con los rasgos del Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

El "Esquizoide Remoto" de Millon<sup>22</sup> captura la esencia de los pacientes descritos en este artículo. Él escribe que los niños sujetos a disfunciones familiares intensas en las primeras fases de la vida pueden retraerse de forma protectora, reduciendo por tanto, su potencial original de sentir y relacionarse con el mundo. Millon afirma que esta secuencia produce con mayor probabilidad una evitación más que un patrón esquizoide, por esto, dependiendo de la duración y la intensidad de tal actitud negativa de los padres, los niños pueden exhibir signos del esquizoide más intrínsecamente deficiente. En tales ejemplos la distinción entre TPE y TEP puede estar bastante desdibujada. Él añade, "Muchos de

estos jóvenes mantienen el deseo de una unión afectiva, pero están profundamente convencidos de que no será provechosa". Yo sostengo que si tales niños tienen una predisposición biológica a la adicción, tienen mayor probabilidad de comenzar a usar drogas y/o alcohol en los primeros años de la adolescencia.

Es crucial comprender esta variante del Trastorno Esquizoide de la Personalidad para el tratamiento de los trastornos de abuso de sustancias. El Trastorno Esquizoide de la Personalidad o para este asunto cualquier trastorno de la personalidad, puede ser la autoadaptación y las habilidades de enfrentarse a un sentido de agotamiento profundo y un fracaso de sí mismo y a los acontecimientos que conducen a tal fracaso. Los intentos para enganchar creativamente a los esquizoides abusadores de sustancias conducirán a menudo a historias de maltratos en la infancia que crearon tal fracaso. La manera en que este maltrato es moldeado en la imagen del esquizoide químicamente dependiente es el objetivo de este trabajo.

En la literatura psicodinámica, son de utilidad dos contribuciones significativas al concepto de Trastorno Esquizoide de la Personalidad y de la vida interior del esquizoide en lo que se refiere al esquizoide adicto. Guntrip<sup>13</sup> describió nueve características del esquizoide que complementan la imagen del DSM: introversión, retraimiento, narcisismo, auto suficiencia, sentido de superioridad, pérdida de afecto, soledad, despersonalización y regresión. Klein,<sup>23</sup> tras comentar extensamente las características de Guntrip, señaló que un paciente dado mostrará algunas características más destacadamente que otras, prestando por tanto profundidad y color a la imagen sosa y monocromática popularmente extendida del esquizoide. Propuso, basado en su experiencia clínica, cuatro subcategorías de Trastorno Esquizoide de la Personalidad. Es importante entender estas categorías para entender el grado de trastorno esquizoide en personas dependientes del alcohol y/o de sustancias químicas.

### **Variaciones de presentaciones esquizoides en los químicamente dependientes**

Millon<sup>22</sup> tiene un número de subclasificaciones para

el TEP, pero yo encuentro más útil para el uso de los clínicos que trabajan en el campo de la dependencia química, las cuatro imágenes posibles de Klein.<sup>23</sup> Las descripciones de Klein facilitan el reconocimiento de la patología esquizoide en el adicto y por lo tanto el tratamiento. Los cuatro grupos son (1) Trastorno Esquizoide Manifiesto Puro, (2) Trastorno Esquizoide Secreto Puro, (3) Trastorno Esquizoide Pseudonarcisista y (4) trastorno Esquizoide Pseudoborderline. Además hay varios grados de severidad en cada grupo.

La persona con un trastorno esquizoide manifiesto puro muestra más claramente los aspectos de retraimiento, auto suficiencia, y pérdida de afecto. Tales personas son solitarios clásicos. Por ejemplo, un alcohólico de 59 años divorciado desde hacía treinta años y que no tenía amigos, bebiendo continuamente en su total aislamiento. Terco, orgulloso e insensible, no pedía nada. Había perdido hacía tiempo el contacto con sus cuatro hijos. La interacción entre el alcohol y el TEP había ensanchado progresivamente la distancia entre el paciente y su mundo.

La introversión de la persona *esquizoide puro secreto* se refleja en la auto-suficiencia, la pérdida de afecto, y la soledad. El esquizoide secreto es menos retraído, por lo que a primera vista no parece un esquizoide manifiesto. Es secreto porque la introversión está oculta por una extroversión superficial y la aparente falta de retraimiento. El esquizoide secreto, sin embargo, tiene marcados límites de intimidad, es incapaz de tener una cita y se vuelve ansioso con la proximidad. Por ejemplo, un hombre de negocios de 72 años, jubilado se había convertido en alcohólico tras la muerte de su esposa. Parecía sociable pero su hija observó por sí misma que, aunque vivía cerca, él no tenía contactos afectivos con ella o con sus nietos. Él había sido siempre distante, dependiente de su trabajo y de su mujer para su interacción social. Con la pérdida de ambos, su introversión de base se incrementó. En su aislamiento empezó a beber.

La persona esquizoide pseudonarcisista tiene una preponderancia de narcisismo, de auto confianza y de superioridad. Al individuo presuntuoso, grandilocuente, y controlador que puede haber alcanzado altas posiciones en empresas se le encuentra a menudo en círculos

de recuperación. Un hombre alcohólico socarrón me dijo que en su grupo de AA, un alcohólico era definido como “un megalomaniaco con un complejo de inferioridad”

Las personas Esquizoides Pseudoborderline sufren soledad, regresión y despersonalización. A menudo, pero no necesariamente siempre, las mujeres se enganchan, desean ser cuidadas y parecen estar al límite del caos. Sin embargo, un escrutinio revela abstinencia y aislamiento conjuntamente con auto suficiencia y una historia de capacidad para el auto apoyo. Tienen subyacente una auto imagen de sentirse diferentes, alienadas y fuera de si mismas. Se ve más el encierro emocional que el enredo del borderline.

En estos tres últimos grupos, los síntomas presentes enmascaran su falta fundamental de cariño, pero, invariablemente, sus dificultades llegan a ser manifiestas en sus interacciones en los grupos con los compañeros y con el personal. Los médicos y los consejeros con experiencia en el campo de la dependencia química reconocerán lo frecuentes que son estas presentaciones. En los pacientes abusadores de sustancias, estos aspectos manifiestos, conjuntamente con la florida imagen del uso de drogas y/o alcohol, eclipsan las principales características de Guntrip de Introversión, Aislamiento, Auto-suficiencia, a Represión de Afecto, Soledad, Despersonalización, y Regresión. Por supuesto, estas características principales se ponen repetidamente de manifiesto en un número de casos de dependencia química, si uno los busca. Vamos a examinarlos con más detalle.

### **Características principales del trastorno esquizoide en abusadores de sustancias**

Para el esquizoide, la *introversión* es la ocultación del centro esencial de si mismo con los propósitos de protección y seguridad. Esta acción afecta cada nivel del funcionamiento mental, está en el corazón del comportamiento externo del aislamiento emocional y conduce hacia el sentido de inaccesibilidad que siente uno con el afectado de trastorno esquizoide. Por ejemplo, un adicto a la heroína que fracasaba repetidamente en los programas de tratamiento habló acerca del aislamiento y afirmó: “Es más seguro cuando estoy solo, nadie puede tocarme o herirme. Yo he llegado a ser un experto, impidiendo el acercamiento de la gente, hacerlo me hace sentir bien”. Cuando se le preguntó sobre el proceso hacia el aisla-

miento, respondió: “les dejo atrás, o me cierro en algún sitio donde nadie puede entrar, ajusto mi mente, no pienso en ellos, no pienso acerca de otros, los borro. En realidad no les necesito para alimentarme o para protegerme”. Este ejemplo resume el proceso mental de introversión, alude a su motivación (seguridad) y se completa con la operación necesaria para continuar con ella (negación de la necesidad de otros). Preguntar sobre el “ellos” en su declaración conlleva específicamente a él distanciándose de sus alcohólicos y abusivos padres así como del mundo en general. No tenía habilidad para hacerse valer en su familia. La parálisis de la afirmación es una característica común del esquizoide.

El *retraimiento* es el comportamiento externo visible, o quizás no tan visible, contenido en la introversión. Muchos en cualquier programa socioeconómico bajo son solitarios o vagabundos. Muchos no están casados o mantienen relaciones fugaces. A veces, el retraimiento puede no ser evidente, como en el ejemplo mencionado anteriormente del jubilado de 72 años. *La auto-suficiencia* es otra faceta de la introversión, y deriva de la negación de la necesidad de apoyo emocional por parte de los demás. Los pacientes pueden afirmar explícitamente, “¡No necesito a nadie!” La garrula y aparente auto-seguridad de otros adictos implica el mismo mensaje. Klein<sup>23</sup> argumenta que la toma precoz de las responsabilidades de un adulto por un niño es un fenómeno esquizoide, un intento defensivo de auto-suficiencia.

*La pérdida de afecto* es prácticamente universal entre los abusadores de sustancias. Las personas introvertidas y auto-suficientes se han distanciado tanto de si mismos como de los otros. Las personas esquizoides, con frecuencia con una significativa historia de abusos, no quieren, o no pueden, sentir. Beber y/o el abuso de sustancias son citados frecuentemente como deshacerse uno mismo de sentimientos o por el contrario, de capacitarse uno mismo para sentir. La desintoxicación médica es a menudo complicada por la afloración de afecto doloroso. Cuando una persona adicta siente de verdad, los sentimientos son invariablemente desagradables (ansiedad, desesperación, vergüenza, remordimiento, y auto-odio). En la práctica, el realizar la historia y la representación de la revisión de la vida a menudo revela que el afecto fue una causalidad de unos padres castigadores. Afirmaciones tales como “los niños no lloran”, “si lloras yo te dará motivo para hacerlo”, “los adultos siempre tiene razón dos) y

“te pego por tu propio bien” sirven para fabricar la represión de afecto. Klein señala que los estatus esquizoide y postraumático pueden ser difíciles de distinguir y pueden ocurrir simultáneamente. Yo argumento que un trauma crónico repetido conjuntamente con la inevitable indisponibilidad emocional inherente en las familias abusadoras, puede ocasionar una profunda introversión engendrando en un adicto todos los signos y síntomas de TEP.

La *soledad* es el precio pagado por la seguridad de la introversión y la retirada y además aviva los círculos viciosos del abuso de sustancias. La soledad es un signo de que la persona pierde relaciones y las echa en falta. Esta necesidad humana fundamental está siempre presente en el adicto esquizoide, sin embargo, muchas veces tal necesidad se niega. El esquizoide se encuentra ante el dilema de, por un lado, aislamiento y encontrar seguridad, y por el otro lado, tender la mano pero bajo el riesgo de ataque o de esclavitud. Si se elige el aislamiento, él o ella pagan el precio de la soledad. Klein llama a esto “el dilema esquizoide”. El esquizoide clásico recurre a la fantasía como una solución; las personas químicamente dependientes emplean la química. Paradójicamente, las sustancias químicas empeoran el aislamiento e incrementan la soledad.

La *despersonalización*, la octava característica de Guntrip, es una pérdida de sentido de identidad e individualidad. Este es quizás el mayor temor del esquizoide y por tanto puede ser la motivación primaria para buscar la seguridad de la introversión. La agobiante ansiedad asociada a menudo a la desintoxicación y a la recuperación precoz, es ciertamente química, pero también puede proceder de la exposición sentida cuando uno se compromete a no tomar sustancias químicas y a ingresar en un programa. El control es siempre un tema de presión con los dependientes de drogas; no estar bajo control es ser vulnerable a las apropiaciones por otros del alma de uno. Este puede ser el tema real detrás de la ansiedad tan común entre la mayoría de los adictos.

La *regresión* es la vuelta atrás a un nivel de funcionamiento infantil cuando la realidad externa parece abrumadora. Las regresiones hipocondríacas con implicaciones somáticas, son particularmente frecuentes durante los procedimientos de desintoxicación en régimen cerrado. Los celos patológicos son un comportamiento regresivo bastante frecuente entre los químicamente dependientes, par-

ticularmente varones. Más frecuente en entornos carcelarios es el apareamiento de la dependencia química con fantasías sadomasoquistas, con su ocasional representación en la realidad lo que ocasiona arrestos y encarcelamientos. Tal fantasía apunta a introversión subyacente.

### **Etiología y patogénesis de la introversión y sus relaciones con el abuso de sustancias**

El proceso de introversión es el tema central del esquizoide, estando en contra del estado natural de las personas involucradas. Aunque la persona esquizoide ha sido conducida al exilio, él o ella vienen a abrazar a la introversión como protección. Los pacientes esquizoides describen repetidamente infancias empañadas por padres disfuncionales y químicamente dependientes, abusos físicos y/o verbales o sexuales o abandono. Algunos reportaron tener uno o los dos progenitores narcisistas quienes estaban intensamente devaluados. Un hallazgo constante era el de los azotes con el cinturón; esto cortó las defensas de los niños y les condujo instantáneamente al exilio. Se encontró con frecuencia el Síndrome de “Adultos Niños de Alcohólicos.” El abandono era un trauma escondido contribuyendo a sentimientos de soledad, de no valer nada y de no ser encantador. Todos estos traumas establecieron introversión, el exilio en si mismo. A medida que la persona empezaba a abrazar la introversión como lugar de seguridad, ello llegó a ser ego sintónico.

Una vez el niño recurría a la introversión para sentirse seguro, el siguiente paso era rechazar defensivamente el ego vulnerable empobrecido, el exilio en si mismo, porque tal ego personificaba el rasgo básico humano de necesidad. En otras palabras, el niño prometía no necesitar nunca a nadie, que no permitiría a nadie que le hiriera de nuevo. Permanecer en comunión con el ego que necesita es ser vulnerable. No necesitar es llegar a ser invulnerable. Por tanto se crea un dilema de necesidad-temor interior; permitir a uno mismo necesitar crea vulnerabilidad y por tanto temor.

La persona está también cogida en una unión externa, en lo que Klein llama un “dilema esquizoide” desde el que él o ella intentan escapar con una “solución esquizoide”. En un dilema esquizoide una persona puede aislarse y retirarse y sentirse seguro pero debe pagar el precio de la soledad. O, él o ella pueden atraer e interactuar pero encaran-

do la aparente inevitabilidad de la crítica, el ataque, o el mayor temor, la esclavitud y la apropiación del ego. Claramente ausente en este razonamiento está la opción de la auto-assertividad. El dilema esquizoide es en sí mismo, una defensa, una proyección externa, lejos del dolor, deteriorado sentido de sí mismo, bien hacia la seguridad de la introversión, bien a la crítica, a la esclavitud, al apropiador. No encontrando aceptables ni la soledad ni el ataque anticipado y totalmente incapaz de auto-afirmarse, el recurso del esquizoide clásico es la fantasía, “la solución esquizoide.” Para los esquizoides dependientes de sustancias químicas, la química ocupa el lugar de la fantasía y llega a ser la solución. Los pacientes reportan con regularidad que las drogas avivan la fantasía. La práctica convencional dice que estos pacientes abandonan los programas de tratamiento prematuramente porque no han tocado fondo, o todavía albergan el deseo de usar drogas etc. ¿Podría ser que un porcentaje de tales personas fueran esquizoides y temieran la esclavitud del entorno pero no puedan soportar estar aislados (en el exilio), por lo que recurrirían a la solución de dejar y usar?

Los auto exiliados están molestos con su estado, que está lleno de silencio, cólera tranquila (los esquizoides generalmente no parecen enfadados si no más bien víctimas) y alimentan el deseo de “desquitarse,” de devolver el golpe, de ajustar cuentas. Masterton<sup>24</sup> emplea el concepto de búsqueda de revancha “la exteriorización del Impulso Taliónico”. El uso de drogas llega a ser un acto de represalia, una manera de decir al “maestro” o al “objeto indiferente” vete al infierno, o empleando el explícito lenguaje de Klein<sup>25</sup> “jódete”. El resultado es el uso aparentemente sin oposición de drogas y/o alcohol, incluso afrontando secuelas devastadoras.

Además de estar molesto con su dificultad el esquizoide adicto desespera. Un estado de enfado desamparado y desesperado nunca está lejano de la persona esquizoide abusadora de sustancias. Es un estado de profundo pesimismo acerca de sí mismo, aprendido en la infancia, y precipitado por la frustración. Este estado puede anular la mejor predisposición del adicto a abstenerse. Desconocedor de su presencia, el abusador de sustancias está abrumado por ello. Nosotros hemos escuchado a personas químicamente dependientes, especialmente hom-

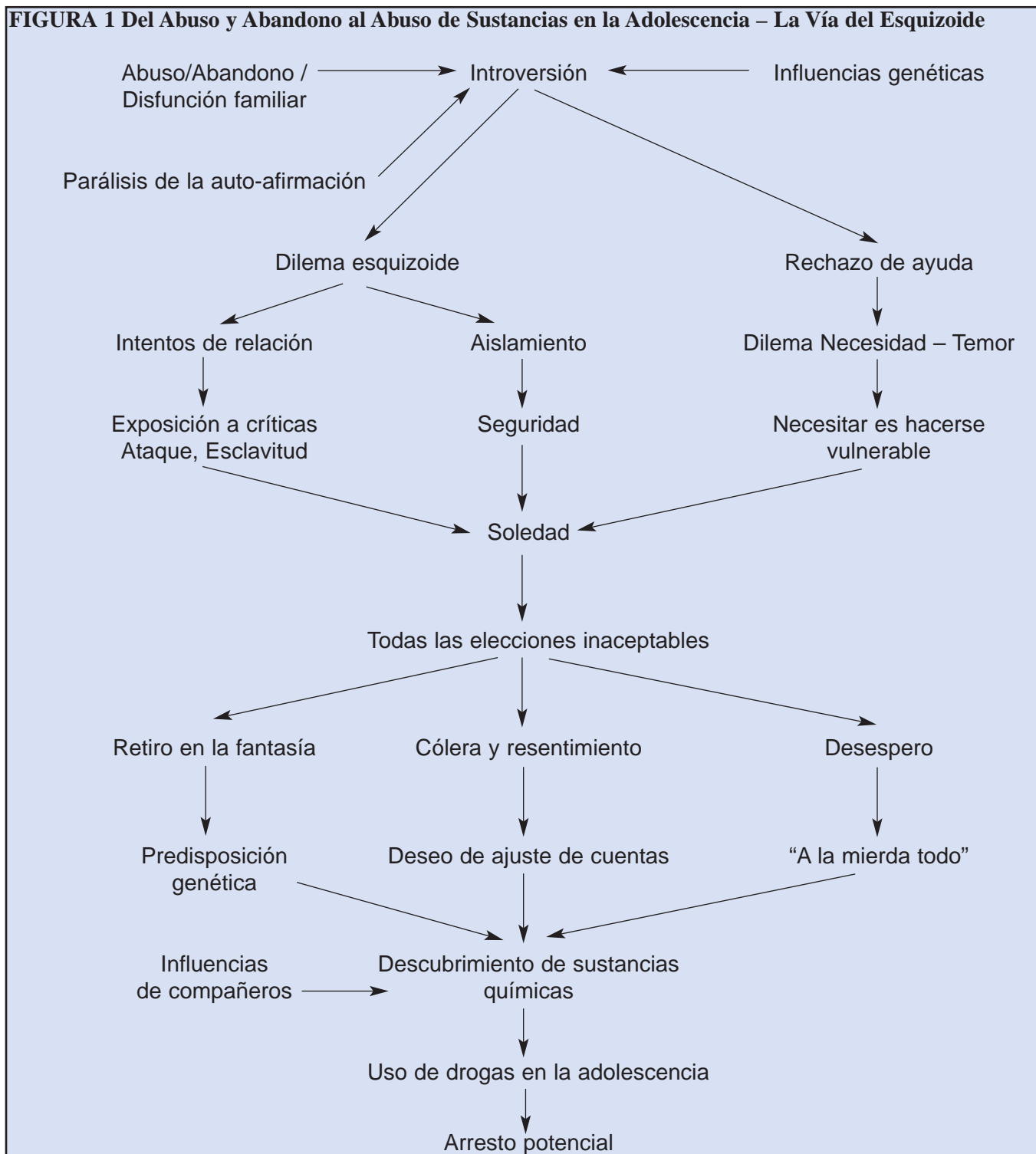
bres, darle repetidamente a este estado un nombre específico, el “a la mierda todo.” En otras palabras, el adicto, al describir la frustración y la recaída consecuente, afirman que dijeron “a la mierda todo” “al capitular y entonces las usaron. Es muy importante que los pacientes estén enterados de la intensidad y el alcance de su peligroso estado y su significado en el contexto de su dependencia química y trastorno esquizoide.

El escenario está ahora preparado para los individuos genéticamente predisuestos, a menudo al final de la infancia o en el inicio de la adolescencia, para descubrir las “maravillas” del alcohol y/o las drogas, normalmente marihuana, y formar equipo con compañeros de mentalidad similar. Las sustancias químicas parecen ideales porque reaprovisionan la fantasía, avivan la grandiosidad, proporcionan salidas a los resentimientos, funden la depresión y la ansiedad y proporcionan algo semejante a conexiones sociales. Todo esto se refuerza por el ataque inusual de la dopamina en el genéticamente vulnerable futuro adicto. En este punto, el desarrollo normal de niños y adolescentes se para a medida que la persona entra en el auto-contenido mundo de la dependencia química. La figura 1 resume la cadena de sucesos que conducen al abuso de sustancias variante del Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

### Un caso

Jack, un adicto a la cocaína con recaídas crónicas, al principio de la treintena, reporta un sueño en el contexto de una psicoterapia individual en una unidad de internamiento de pacientes. “Estaba jugando a fútbol, un equipo mediocre, estaba fichado para la temporada, mi madre me animaba”. Las asociaciones condujeron a la obsesión narcisista de su padre con sus comportamiento y como le menospreció dentro y fuera del campo de fútbol. El continuó para recordar palizas a los 4 o 5 años, con más violencia a medida que pasaban los años. Se le preguntó sobre el efecto que tuvo en él el cinturón “Me hizo aislar-me”. La soledad llegó a ser dominante y se convirtió en un solitario en el colegio y una vez en casa iba al jardín trasero a soñar despierto. “Había una gran cantidad de soledad ya desde la infancia”. Al inicio de la adolescencia

**FIGURA 1 Del Abuso y Abandono al Abuso de Sustancias en la Adolescencia – La Vía del Esquizoide**



fumó marihuana con otros adolescentes faltos de afecto. Habló de robo a su padre a lo largo de la adolescencia. Su forma de exteriorizar el Impulso Taliónico, por ejemplo su ajuste de cuentas con su padre, fue evidente en el uso de drogas y en el robo. El paciente estuvo completamente de acuerdo con esta interpretación, admitió que estaba lleno

de resentimiento, admitió con énfasis que estaba ajustando cuentas y confirmó la interpretación añadiendo que recientemente había pasado dos años de su vida con su padre y apenas habían cruzado palabra con él. Al inicio de su veintena de edad fumaba solo crack. “La cocaína crack era una cosa solitaria.” Aunque era capaz de trabajar,

no podía comprometerse en relaciones. En el momento de nuestro tratamiento estaba viviendo con una mujer que tuvo un hijo de él, pero no se casó con ella.

### Conclusión

Dada la poderosa naturaleza de las sustancias adictivas sobre el cerebro, se precisa de la motivación si el adicto quiere romper sus ataduras. Sin embargo, tal motivación está comprometida por la presencia de trastornos psiquiátricos no tratados, haciendo de la recaída demasiado frecuente una experiencia para los individuos con diagnóstico dual. El Trastorno Esquizoide de la Personalidad a menudo no detectado aunque estado prevalente, consume la motivación para la abstinencia de diversas maneras. Apareciendo en una de las tres maneras en adición al componente familiar, forma excéntrica asociada con frecuencia al Trastorno Esquizoide de la Personalidad, el estado, por diversas razones, debilita la adherencia necesaria con el personal y los programas diseñados para tratar las adicciones. El estado además, fija afecto y oculta o deja indefenso al deteriorado y empobrecido ego y traumas pasados que figuran en el uso de alcohol y drogas. Acarrea tanto resentimiento como desesperación, dos poderosos elementos disuasorios en la motivación a la

sobriedad.

Este modelo suscita interesantes cuestiones que requieren más estudios. Primero, el trastorno de la personalidad en la investigación del abuso de sustancias encuentra el Trastorno Esquizoide de la Personalidad excepcionalmente raro. Con objeto de testar el TEP químicamente dependiente, se deben preparar nuevos y más sensibles instrumentos. Quizás la aparente poca frecuencia pertenece a la población estudiada. La variante de abuso de sustancias y TEP parece ocurrir con mucha mayor frecuencia en las clínicas públicas de los barrios pobres que en las clínicas privadas de las zonas altas. ¿Cuál es la incidencia de TEP en diversas poblaciones? ¿Cuál es su incidencia en una población remitida a la justicia? Dada la reciente tendencia a tratar más que a encarcelar a los drogadictos, esta es una cuestión importante. El diagnóstico diferencial de TEP y Trastorno de Evitación de la Personalidad en abusadores de sustancias soporta un escrutinio. Finalmente, la presencia de resentimiento, el deseo ajustar cuentas y el desespero subyacente en el abuso de sustancias son factores testables. La buena noticia es que esta forma de Trastorno Esquizoide de la Personalidad es sumamente tratable.

La bibliografía de este artículo la pueden solicitar a la dirección de correo [lydiazuloaga@telefonica.net](mailto:lydiazuloaga@telefonica.net)

*Con la colaboración de :*



**CMBB & Asociados**

**CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.**

Londres, 27, Est. A 2ª  
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26  
Fax 93 419 32 96