

Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger

Ana María Cuevas Toro y Francisca López Torrecillas
Universidad de Granada (España)

Recibido: 21/02/06 Aceptado: 30/05/06

Resumen

En este artículo se discute sobre la relación entre la esquizofrenia y la personalidad, esta relación es compleja y se puede estudiar desde diferentes perspectivas y modelos. Parece que diversos rasgos de personalidad como altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión (Berenbaum y Fujita, 1994) y altos niveles de evitación del daño (HA) y bajos de autodirección (SD) (Guillem, Bicu, Semkovska y Debruile, 2002), pueden actuar como factores de vulnerabilidad para la esquizofrenia. También, se han relacionado algunos rasgos con síntomas esquizofrénicos, lo que puede ayudar a explicar la heterogeneidad observada en esta enfermedad. Pero son necesarios más estudios para averiguar qué características de personalidad actúan más como factores predisponentes y cuáles forman parte de la reacción a la enfermedad.

Palabras claves: personalidad, esquizofrenia, temperamento; carácter, Eysenck, modelo de los cinco factores.

Abstract

In this article, the relationship between schizophrenia and personality is discussed, This relationship is complex and can be studied from different standpoints and models. It appears that various personality traits as such high levels of neuroticism and low levels of extraversion (Berenbaum and Fujita, 1994) and high levels of harm avoidance (HA) and low levels of self-directedness (SD) (Guillem, Bicu, Semkovska and Debruile, 2002), can act as factors of vulnerability to schizophrenia. Also, various traits are related to various schizophrenic symptoms, which can help to explain the heterogeneity widely

observed in this disorder. However more studies are necessary to discover which personality traits act as vulnerability factors and which form part of a reaction to the illness.

Key words: personality, schizophrenia, temperament, character; Eysenck, five-factor model.

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, con múltiples manifestaciones, que afecta al individuo en su totalidad, muy frecuente y, aún hoy, muy desconocida. Para explicar y entender esta enfermedad se han estudiado múltiples variables psicológicas, biológicas, sociales, etc., y entre estas variables está la personalidad.

Partiendo de la base de que la personalidad es uno de los aspectos que más influyen en el desarrollo vital de las personas «sanas», ¿por qué no va a influir en las personas que padecen esquizofrenia?

Antes de que la esquizofrenia aparezca, incluso desde la infancia, el futuro esquizofrénico suele presentar una personalidad premórbida con rasgos esquizoides o paranoides, es decir, el sujeto va desarrollando conductas e ideas extrañas, aislamiento social, pérdida de intereses, problemas escolares o laborales, etc. Pero además de influir en el inicio, la personalidad también influirá en el desarrollo de la enfermedad, dando lugar a diferentes esquizofrenias, que varían en la gravedad y evolución de los síntomas, en el deterioro cognitivo y emocional, en el ajuste social y laboral, es decir, en la adaptación del individuo a su ambiente (Obiols y Obiols, 1989).

Por lo tanto, al revisar la literatura, se pueden encontrar muchas evidencias sobre la importancia de la personalidad en la esquizofrenia. Así, los rasgos de personalidad pueden predecir el inicio tardío (Carter, Parnas, Cannon, Schlusinger y Mednick, 1999; Malmberg, Lewis, David y Allebeck, 1998) y el curso a corto plazo (Dingemans, Lenior y Linszen, 1998). También pueden distinguir entre pacientes recuperados y no recuperados (Torgalsboen, 1999), explicar la variabilidad en el insight (Lysaker, Bell, Bryson y Klapan, 1999) y en el rendimiento laboral

(Lysaker, Bell, Kaplan y Bryson, 1999), e influir en su percepción de la calidad de vida (Kentros, Terkelsen, Hull, Smith y Goodman, 1997); es decir, la personalidad está relacionada con el funcionamiento diario y bienestar del paciente con esquizofrenia (Eklund, Hansson y Benstsson-Tops, 2004).

El objetivo de este trabajo es revisar diferentes estudios que se centran en la relación entre personalidad y esquizofrenia, prestando especial atención al Modelo de Personalidad de Cloninger (1996).

En primer lugar, se presentan diferentes trabajos sobre personalidad y esquizofrenia, los cuales se han basado, principalmente, en el Modelo de Personalidad de Eysenck (Eysenck, 1981) y el Modelo de los Cinco Factores o Cinco Grandes (Costa y McGrae, 1985, 1992). Después se describen los aportes del Modelo de Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), que ha sido menos estudiado en relación con la esquizofrenia, pero no por ello menos importante para entender esta enfermedad.

Personalidad y esquizofrenia: Modelo de Eysenck y Modelo de los Cinco Grandes

El estudio de la personalidad en la esquizofrenia sugiere varias cuestiones que deben ser consideradas, por ejemplo, qué características de personalidad están relacionadas con la esquizofrenia, cómo se desarrollan estas características y cómo contribuyen éstas en la evolución de la esquizofrenia (Berenbaum y Fujita, 1994).

Por su parte Smith et al. (1995), señalan dos cuestiones teóricas importantes en este tema: «que los individuos esquizofrénicos muestran

rasgos duraderos y estables de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual que pueden ser concebidos como características de personalidad y que el esclarecimiento de las interacciones rasgo-estado en la esquizofrenia ayudarán a entender la presentación de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, es necesario revisar las interacciones rasgo-estado y la función de la personalidad en la esquizofrenia». Smith et al. (1995), también consideran que se deben tener en cuenta la fiabilidad, la estabilidad temporal de rasgos específicos, la validez concurrente (si los rasgos de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia son constructos independientes) y la validez predictiva (influencia de rasgos de personalidad específicos en el curso de la enfermedad y el tratamiento).

Antes de describir los principales hallazgos encontrados sobre este tema, se describirá, de manera general, el interés despertado por la personalidad en el estudio de la esquizofrenia y las principales teorías explicativas.

La confusión entre los factores de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia ya apareció con Bleuler (1950), Freud (1958) y Kraepelin (1919), al describir que los procesos psicóticos invaden, destruyen o reemplazan la personalidad de los pacientes, haciendo la evaluación imposible o irrelevante. Durante varias décadas esta noción fue aceptada. Las clasificaciones internacionales también tienen algo que decir en este tema. El DSM-III (APA, 1980), asumió que los síntomas esquizofrénicos interfieren con los factores de personalidad, recomendando que los trastornos del Eje II, sólo se diagnostiquen en la esquizofrenia cuando aparezcan antes del inicio de la enfermedad del Eje I. La intención del DSM-III fue integrar rasgos y síndromes psicóticos, aunque tuvo el efecto contrario, y la noción de que las enfermedades psicóticas producen la destrucción de la personalidad individual continúa tácitamente aceptada (Smith et al. 1995). Aunque sea difícil saber qué rasgos de la personalidad influyen en el inicio y desarrollo de la enfermedad y cuáles se deben al efecto de la enfermedad, lo que está claro es que

en el estudio de cualquier enfermedad no se puede dejar de lado la personalidad.

Según Berenbaum y Fujita (1994), todos los modelos sobre la esquizofrenia han sido influenciados por dos cuestiones, ya presentadas por Bleuler (1950) y Kraepelin (1919), «la primera, es que la personalidad de los esquizofrénicos, previa al inicio de los síntomas psicóticos, tiende a ser diferente a la personalidad de los no esquizofrénicos, y la segunda, se refiere a que la personalidad de los parientes de los esquizofrénicos, aunque nunca desarrollen la enfermedad, tiende a diferir de la de los parientes de individuos no psicóticos». Además, estos modelos deben especificar cómo las características de personalidad influyen unas sobre otras y sobre la esquizofrenia. Pero pocos modelos han tenido en cuenta estos interrogantes, salvo el de Meehl (1989-1990). Meehl propuso que las alteraciones de la personalidad eran el resultado de una interacción entre un déficit en la integración y regulación de la actividad neural, (determinado genéticamente), llamado esquizotaxia, y el aprendizaje social durante el desarrollo. Además, otros rasgos constitucionales, llamados potenciadores y entre los que incluía la propensión a la ansiedad y a la introversión, interactúan con la esquizotaxia, para producir el fenotipo de la esquizofrenia.

Otros modelos importantes a tener en cuenta son los de Predisposición-Vulnerabilidad, que sostienen que factores específicos de personalidad, previos al inicio de la enfermedad, predisponen para el desarrollo de la misma (Smith et al. 1995). El Modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977), que recoge esta idea, plantea dos condiciones necesarias para la aparición de la esquizofrenia, una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad), dada por factores biológicos, psicológicos y sociales (las características de personalidad patogénicas pueden actuar como factores predisponentes) y la presencia de eventos que alteren el funcionamiento del sujeto (estresores), que pueden ser acontecimientos vitales concretos (Ej., pérdida de seres queridos) o eventos estresantes cotidianos (Ej., emoción expresada). Además, este

modelo postula que el efecto del estrés sobre la vulnerabilidad se encuentra mediado por factores moderadores o protectores ambientales (apoyo social) y personales (medicación antipsicótica, rasgos de personalidad).

Smith et al. (1995), incluyen otros modelos que también integran personalidad y esquizofrenia. El Modelo del Continuo o del Espectro, el cual asume que los rasgos de personalidad y los trastornos del Eje I forman un continuo, siendo manifestaciones de procesos etiológicos comunes. Este modelo está apoyado por estudios fenomenológicos, familiares, de funcionamiento premórbido y de seguimiento (Peralta, Cuesta y De León, 1991; Siever, 1985 y Silverman, et al., 1993). Para el modelo de la complicación, los rasgos de personalidad son una complicación de la esquizofrenia, es decir, son rasgos reactivos entendidos como una respuesta o una manera de adaptarse a la enfermedad. Lo ideal, por tanto, sería diferenciar los rasgos adaptativos de los desadaptativos, para proporcionar tratamientos que ayuden a los primeros a maximizar las capacidades de afrontamiento. El modelo Patoplástico, asume que no hay una relación etiológica entre la esquizofrenia y los procesos de personalidad, esta relación es estrictamente temporal. Esto implica varias cuestiones: ¿modifican los rasgos de personalidad los síntomas de la esquizofrenia?, y si es así, ¿en qué dirección lo hacen? y ¿cómo cambia esta interacción a lo largo del tiempo?.

Para responder a estas y otras preguntas es necesario esclarecer diferentes puntos, tales como: las diferencias entre los rasgos de personalidad de las personas con esquizofrenia y la población normal, la consideración de diferentes rasgos de personalidad como marcadores de vulnerabilidad de la esquizofrenia, la relación y las similitudes entre los trastornos de personalidad y la esquizofrenia, la relación entre rasgos y síntomas, la estabilidad a lo largo del tiempo de los rasgos de personalidad en la esquizofrenia, entrada en el dilema rasgo-estado y, por último, se ha estudiado la relación entre los rasgos de personalidad y los déficit cognitivos.

Los trabajos presentados a continuación estudian la personalidad, principalmente, a través del Modelo de Eysenck (1981) y del de los Cinco Grandes (Costa y McGrae, 1985, 1992). El Modelo de Eysenck (Eysenck, 1981), cuyos rasgos principales son: extraversión, neuroticismo y psicoticismo, y el de Cloninger (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al., 1993), en el que más adelante se profundizará. El Modelo de los Cinco Factores o Cinco Grandes (Costa y McGrae, 1985, 1992), que incluye los siguientes factores: extraversión, neuroticismo, apertura a experiencia, amabilidad y responsabilidad o conciencia.

La primera inquietud que se plantea es si realmente las personas con esquizofrenia muestran rasgos diferentes de las personas que no la padecen. Los estudios revisados, efectivamente, demuestran que la personalidad de las personas con esquizofrenia, es diferente o, si se quiere, está alterada con respecto a la población «normal» o grupos controles.

Gross y Huber (1993), al revisar diferentes estudios, encontraron que los rasgos de personalidad actuaban como variables moduladoras y estimaron que sobre el 60% de los pacientes con esquizofrenia tenían rasgos de personalidad anormales premórbidas que iban de una intensidad leve a severa. También los resultados del metaanálisis de Berenbaum y Fujita (1994), indican que los esquizofrénicos son más introvertidos, más neuróticos y más peculiares (creencias y percepciones desviadas) que los normales. Gurrera, Nestor y O'Donnell (2000), encontraron que los esquizofrénicos difieren significativamente de una muestra normal en neuroticismo (puntuaciones más altas) y conciencia (puntuaciones más bajas).

También se ha estudiado la relación entre esquizofrenia y psicopatía. Diferentes investigaciones han indicado altos niveles de trastorno de la personalidad antisocial en sujetos con esquizofrenia (Bland, Newman y Orn, 1987; Jackson et al, 1991) y elevadas características psicopáticas en los parientes de los esquizofrénicos (Bender, 1975). Berenbaum y Fujita, 1994, al

revisar diferentes estudios predicen que la esquizofrenia está relacionada con la dimensión impulsividad y conducta antisocial pero no con la dimensión falta de remordimientos, crueldad y egoísmo de la psicopatía.

Por otra parte, los rasgos de personalidad se han concebido como marcadores de vulnerabilidad, tanto genética como medioambiental de la esquizofrenia, convirtiéndose en una importante variable que puede explicar la etiología de esta enfermedad. Autores como Gurrera et al. (2000) han seguido esta idea, proponiendo que los factores de neuroticismo y conciencia (que difieren de la población normal) pueden ser marcadores de vulnerabilidad de la esquizofrenia.

Según Berenbaum y Fujita (1994), para examinar si los rasgos de personalidad actúan como factores predisponentes a la esquizofrenia, es necesario, por una parte, averiguar qué rasgos preceden al inicio de la enfermedad y, por otra, estudiar los rasgos comunes entre esquizofrénicos y sus parientes no afectados. McGrae (1991), estudió la diferencia en los rasgos de personalidad entre esquizofrénicos y normales a través del MMPI. Los esquizofrénicos obtuvieron elevadas puntuaciones en las escalas 2 (depresión), 7 (psicastenia) y 8 (esquizofrenia), que suelen aparecer asociadas con la esquizofrenia. También estas puntuaciones se han relacionado positivamente con neuroticismo y negativamente con extraversión. Estudios como los de Lewin, Watt, Prently y Fryer (1980) y Parnas, Schulsinger, Schulsinger, Mednick y Teasdale (1982) mostraron que los niños que más tarde desarrollaron esquizofrenia eran más introvertidos, más incompetentes socialmente y presentaban más evitación social que los controles. También se observó que estos niños tenían más creencias y percepciones alteradas que los normales (Parnas y Jorgensen, 1989; Parnas, et al., 1982). Esto indicaría que ciertos rasgos «alterados» están presentes antes del inicio de la enfermedad y por tanto pueden actuar como predisponentes para el desarrollo de la esquizofrenia. En cuanto a las diferencias entre esquizofrénicos y sus parientes, se encontró que los parientes esquizofrénicos mostraban más rasgos de personalidad es-

quizotípica, mayor aislamiento social, más pensamiento mágico (peculiaridad), más alteraciones en el funcionamiento socio-emocional y menos extraversión que los controles. Berenbaum y Fujita (1994), concluyen que la peculiaridad y la introversión son dos factores de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia.

Pero la investigación sobre los rasgos de personalidad premórbida presenta algunos problemas. La personalidad, normalmente, se mide una vez que se ha iniciado la enfermedad y por tanto, a veces, es difícil conocer cuál es la verdadera personalidad premórbida y cuál es parte de la reacción a la enfermedad. Ante esta dificultad, autores como Terkelsen et al. (1991), desarrollaron el concepto de rasgos de personalidad actuales, que están influidos por la personalidad premórbida y por rasgos adquiridos en respuesta a la esquizofrenia y al tratamiento, y que pueden ser más relevantes y accesibles para la investigación que la personalidad premórbida.

Otro aspecto por el que los investigadores se han interesado es la relación entre los trastornos de la personalidad (TP) y la esquizofrenia. Diferentes estudios han señalado que los TP son más frecuentes en pacientes con esquizofrenia y en sus familiares, que en la población normal (Dingemans et al. 1998). Aunque el DSM-IV (APA, 1994) advierte de diagnosticar TP en la esquizofrenia, debido al efecto de la enfermedad en la personalidad Smith, Grabstein, Kentros, Kulchycky y Borgaro (1996), encontraron TP en la esquizofrenia. También observaron cómo los pacientes con esquizofrenia crónica severa y rasgos de personalidad ansiosos o temerosos, tenían más hospitalizaciones que los que no mostraban estos rasgos.

Dentro de los trastornos de la personalidad se han estudiado con gran interés los trastornos de personalidad del espectro esquizofrénico (TPEE), donde normalmente se incluyen el trastorno de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico (grupo A, raros o excéntricos del los TP del DSM-IV-TR). El propio DSM-IV-TR (APA, 2001) indica que los familiares de sujetos esquizofrénicos pueden presentar mayor riesgo de presentar TPEE. Lo primero que se debe

averiguar es si personas con TPEE tienen los mismos rasgos de personalidad que aquellas con esquizofrenia. Camisa et al. (2005), al revisar diferentes estudios que se basaban en el modelo de los cinco factores (Costa y McGrae, 1990; McGrae y Costa, 1997), indicaron que los pacientes con TPEE se han asociado con puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en extraversión, los mismos rasgos que Berenbaum y Fujita (1994) encontraron en pacientes esquizofrénicos. Camisa et al. (2005) también señalan que los que sufrían esquizofrenia eran más neuróticos, menos extravertidos, menos abiertos y menos agradables que los que sufrían TPEE. En este contexto conviene recordar el Modelo del Continuo o del Espectro, que afirma que los rasgos de personalidad y los trastornos de Eje I son manifestaciones de procesos etiológicos comunes. Según este modelo, los rasgos y conductas de la esquizofrenia se asocian con los trastornos de personalidad «raros o excéntricos» del Eje II, particularmente con el trastorno de personalidad esquizotípico. Para corroborar esta idea, Goldberg et al. (1986) mostraron que dosis bajas de neurolepticos mejoraban los síntomas esquizotípicos. También Tien, Costa y Eaton (1992) demostraron que los sujetos con rasgos de personalidad esquizotípicos puntúan más alto en neuroticismo y apertura a la experiencia. De acuerdo con este modelo, Battanglia y Torgerson (1996) afirman que los sujetos con el defecto genético, pero sin suficiente carga de rasgos potenciadores para la esquizofrenia, probablemente desarrollarán un TP esquizotípico, variante más leve de esquizofrenia.

Otro aspecto fundamental para los investigadores es la estabilidad de la personalidad durante el desarrollo de la enfermedad. Según Kentros, Smith et al. (1997), los perfiles de personalidad más estables en el tiempo están asociados a los síntomas negativos, depresivos y pobre funcionamiento social y son independientes de los síntomas psicóticos. Este estudio apoya la idea de que es importante entender la interacción entre estado-rasgo en los pacientes con esquizofrenia, ya que tiene implicaciones para el resultado del tratamiento. También apoya la teoría de

que los síntomas psicóticos varían más con el tiempo y representan factores de «estado», mientras que los síntomas negativos y depresivos son más estables y representan a los «rasgos». Pero para clarificar esta interacción rasgo-estado hacen falta investigaciones y más teniendo en cuenta que, en una persona que sufre una historia crónica de esquizofrenia, es muy difícil diferenciar rasgos de estado, sobre todo en los síntomas negativos.

Enlazando con la cuestión anterior, se ha investigado la relación entre los rasgos de la personalidad y los síntomas esquizofrénicos. Lysaker, Bell, Kaplan, Greig y Bryson, (1999), encontraron que las diferencias en las puntuaciones en neuroticismo y extraversión, utilizando el Cuestionario de Personalidad de Eysenck, EPQ, (Eysenck y Eysenck, 1975), se relacionaban con la sintomatología esquizofrénica. Así, los esquizofrénicos extravertidos tenían puntuaciones más bajas en síntomas negativos, positivos y alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, culpa, evitación social) y más altas en síntomas excitatorios (excitación, hostilidad, pobre control de impulsos, poca cooperación) que los introvertidos. Los pacientes con puntuaciones altas en neuroticismo tenían niveles altos de síntomas positivos y de alteraciones emocionales.

También Berembaun y Fujita (1994) predicen que los rasgos de personalidad están diferencialmente asociados a distintos signos y síntomas de la esquizofrenia, la peculiaridad está asociada con síntomas positivos y la introversión (que implica disminución afecto positivo y actividad social) está asociada con síntomas negativos, como la anhedonia y la apatía. Otros estudios entienden que hay un continuo entre las alteraciones de la personalidad premórbidas y los síntomas posteriores, por ejemplo, los rasgos esquizoides se han asociados con síntomas negativos (Baum y Walker, 1995; Cuesta, Peralta y Caro, 1999; Peralta et al., 1991), los rasgos antisociales se han asociados con síntomas desorganizados y los rasgos esquizoides y esquizotípicos con síntomas positivos (Cuesta et al., 1999). Por su parte Smith et al. (1995) señalan que los rasgos y los síntomas no son constructos

diferentes. Los rasgos de personalidad son patrones de conducta, sentimientos y pensamientos de naturaleza cognitiva, afectiva o interpersonal, que mantiene una relación duradera pero variable con los síntomas primarios de la esquizofrenia. Sostienen una noción de personalidad dimensional, que implican procesos afectivos, cognitivos y conductuales adoptando una variedad de perspectivas teóricas. Este enfoque permite distinguir entre características de personalidad adaptativas y desadaptativas y explica el grado de variación de los síntomas.

Otra manera de estudiar los rasgos de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia es buscando mecanismos comunes entre ambos. Así, Zukerman (1995) indicó que la personalidad podía estar relacionada con los síntomas a través de mecanismos psicofisiológicos comunes. Guillem, Pampolova, Stip, Todorov y Lalonde (2005) han encontrado relación entre el rasgo, búsqueda de sensaciones y el síntoma, distorsión de la realidad: ambos disminuyen con la edad, muestran altos niveles de dopamina y bajos de serotonina, están asociados al consumo de sustancias, tienen potenciales evocados comunes y correlacionan con la actividad temporal y frontal lateral. Este estudio señala que el número de procesos neurales/cognitivos que están alterados en los esquizofrénicos es reducido; sin embargo, se agravan como consecuencia de mecanismos compensatorios inadecuados (que incluyen tanto trastornos del Eje I, ansiedad, impulsividad, como trastornos de personalidad del Eje II), asociados a aspectos específicos de la expresión de síntomas.

Pero no todos los estudios encuentran relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas esquizofrénicos. Por ejemplo, Gurrera et al. (2000) no encontraron diferencias significativas entre los rasgos de personalidad y la severidad de los síntomas actuales de la enfermedad, lo que indica que la personalidad no es reflejo de la enfermedad o la medicación, aunque para verificar esta idea se necesitan estudios prospectivos.

Por otra parte, es de sobra conocido que en la esquizofrenia existen déficit cognitivos (An-

tonova, Sharma, Morris, y Kumari, 2004; Frith, 1995; Goldstein, 1978; Kraepelin, 1913; Weinberger, Bernan e Illiwoosky, 1988), pero sería interesante conocer la relación de estos déficit con los rasgos de personalidad. Cuesta, Peralta y Zarzuela (2001) proponen que las alteraciones cognitivas y de personalidad, además de ser factores de vulnerabilidad o riesgo de padecer la enfermedad, también juegan un papel importante en el desarrollo de psicopatología y en el rendimiento cognitivo durante la enfermedad. Cuesta et al. (2001), al estudiar la relación entre la personalidad y los déficit cognitivos en pacientes psicóticos, encontraron que puntuaciones altas en la dimensión pasiva-dependiente (ansiedad, dependencia, inmadurez) estaban relacionadas con pobre funcionamiento en memoria y altas puntuaciones en la dimensión esquizoide (introspección, suspicacia, timidez, aislamiento) estaban relacionadas con un pobre funcionamiento en las funciones ejecutivas. Por lo tanto, estos resultados apoyan la idea de que altos niveles en ciertas dimensiones de la personalidad están asociadas con un pobre rendimiento cognitivo. A su vez, las diferencias en cuanto a personalidad pueden ayudar a entender la variabilidad (heterogeneidad) de los síntomas, propia de la esquizofrenia, y a ajustar así los tratamientos a cada individuo (Eklund, Hansson y Bengtsoo-Tops, 2004; Lysaker, Bell, Kaplan, Greig et al., 1999).

Personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger

Uno de los problemas que se encuentra en el estudio de la personalidad y la esquizofrenia es que hay pocos modelos que integren los avances neurobiológicos, tan importantes en la esquizofrenia, con la personalidad. Uno de los modelos que puede ser útil para paliar este problema es el Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Cloninger (Cloninger, 1986, 1987; Cloninger et al., 1993), ya que integra los aspectos biológicos, más estables y genéticamente determinados (temperamento) y los aspectos

psicosociales, menos estables y más influenciados por la experiencia y el medio ambiente (carácter) de la personalidad.

Cloninger (1986, 1987) describió la Teoría Biosocial Unificada de la Personalidad, en la que postuló que la personalidad estaba formada por tres dimensiones: búsqueda de novedad (NS), evitación del daño (HA) y dependencia de la recompensa (RD), que posteriormente se englobarían en el temperamento. Para medirlas Cloninger (1987) creó el Tridimensional Personality Inventory (TPQ). En 1993, Cloninger, Svrakic y Przybeck desarrollaron el Modelo de los Siete Factores o el Modelo Psicobiológico del Temperamento y del Carácter, en el que definen la personalidad como «una organización dinámica dentro del sistema psicobiológico de un individuo que modula la adaptación a los cambios ambientales». Según estos autores, la personalidad la componen dos rasgos, el temperamento y el carácter, que se influyen mutuamente, que están organizados jerárquicamente y que tienen diferentes sistemas de aprendizaje y memoria. El temperamento es la predisposición con que nacemos y el carácter es lo que nosotros hacemos de manera intencional (Cloninger y Svrakic, 1997).

El temperamento está formado por cuatro dimensiones de base genética, que se manifiestan desde la infancia, estables a lo largo de la vida y que implican respuestas automáticas hacia estímulos emocionales, siguiendo las reglas del condicionamiento asociativo o aprendizaje procedimental. Estas dimensiones están reguladas por un conjunto de redes neuroquímicas y áreas cerebrales específicas que modulan la activación, mantenimiento e inhibición de las respuestas conductuales. La primera dimensión es la búsqueda de novedad (NS) y se refiere a la predisposición a la activación o iniciación de actividades exploratorias en respuesta a la novedad, toma de decisiones impulsivas, acercamiento hacia las señales de refuerzo, pérdida rápida del humor y evitación activa de la frustración. Cloninger (1986, 1987, 1988) relaciona las altas puntuaciones en NS con bajos niveles de dopamina (DA). La segunda es la evitación

del daño (HA), definida como una predisposición hacia la inhibición de la actividad a través de: la preocupación ante la anticipación de futuros problemas, conductas de evitación pasivas (miedo a la incertidumbre y timidez ante extraños) y rápida fatigabilidad. Cloninger (1986, 1987, 1988) relacionó una mayor puntuación en HA con un aumento de la serotonina (5-HT). La tercera es la dependencia del refuerzo (RD), entendida como la tendencia a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos. Este factor está asociado al sentimentalismo, apego social y dependencia de la aprobación de los demás. Según Cloninger, las altas puntuaciones en RD, están asociadas con baja actividad de la noradrenalina (NA). Y la última es, la persistencia (P), que originalmente fue un componente de RD, caracterizada por la perseveración a pesar de la frustración y la fatiga. Los individuos persistentes suelen ser impacientes, ambiciosos y perfeccionistas.

El carácter se refiere al desarrollo del autoconcepto (de base sociocultural) que influye en nuestras intenciones y actitudes. Para Cloninger et al. (1993) el carácter implica nuestras metas y valores, basados en el aprendizaje del insight y en los conceptos sobre nosotros mismos, otra gente y otros objetos. El carácter está formado por tres componentes: la autodirección (SD) que se refiere a la fuerza de voluntad o a la capacidad de un individuo para controlar, regular y adaptar la conducta a la situación de acuerdo con sus metas y valores y se relaciona con la autoestima, la integridad personal, la madurez y la posesión de recursos eficaces de afrontamiento; la cooperación (C), que se refiere a la aceptación social, la empatía y la compasión, entendida como el sentimiento de amor fraternal y ausencia de hostilidad, los individuos cooperativos se sienten parte de una comunidad, que se apoya y se respeta; y la autotrascendencia (ST) que se refiere a la espiritualidad, definida como nuestro anhelo interior de ser inmortal, a la identificación con algo concebido como esencial y parte de un todo unificado.

Por lo tanto, el Modelo de los Siete Factores permite una descripción comprehensiva de las diferencias individuales en cuanto a sentimientos, pensamientos y acciones, hecho que es de gran utilidad para estudiar a las personas que sufren esquizofrenia. Descripción comprehensiva porque abarca una gran variedad de rasgos de personalidad, y de gran utilidad porque permite comprobar si, como señala la literatura revisada, la personalidad de los esquizofrénicos está alterada antes del inicio de la enfermedad, y por tanto, se puede considerar como marcador de vulnerabilidad.

Este modelo de acuerdo con Guillem et al. (2002), permite entender y estudiar la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad, ya que distingue entre rasgos temperamentales básicos (relacionados con procesos biológicos) y aspectos caracteriológicos determinados evolutivamente (relacionados con procesos medioambientales). También es relevante para el estudio de la esquizofrenia porque la DA, la 5-HT y la NA, relacionadas con las dimensiones del temperamento, están implicadas en la expresión de síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica. Esto ayuda a identificar factores etiológicos que influyen en los síntomas y en los déficit sociales, para desarrollar así enfoques terapéuticos más adaptados a las diferencias individuales.

Uno de los primeros aspectos a estudiar, al igual que ha ocurrido con otros modelos (Eysenck y los cinco grandes), es averiguar si hay diferencias entre los rasgos de personalidad, según el Modelo de Cloninger, entre los esquizofrénicos y la población «normal». Guillem et al. (2002) indican que existe una estructura anormal en la personalidad de los esquizofrénicos. En cuanto al temperamento, encontraron que los esquizofrénicos puntúan más bajo en NS (indiferencia, reflexión y desapego), más alto en HA (pesimismo, timidez, fatigabilidad y preocupación innecesaria que inhibe al individuo en las situaciones sociales) y más bajo en P (inactividad, inestabilidad y tendencia a rendirse), que los sujetos normales. En cuanto al carácter, encontraron puntuaciones más bajas en SD (inma-

durez, fragilidad y fallo en el principio de organización interna) y C (socialmente intolerante, poco servicial y conductas destructivas) que los sujetos normales. Stompe et al. (1998) y Szoke et al. (2002) también hallaron que las personas con esquizofrenia puntuaban más alto en HA que la población normal. Para Ritsner y Susser (2004), los esquizofrénicos difieren significativamente de los controles en HA (puntuaciones más altas) y en RD (puntuaciones más bajas).

Una vez comprobado que el temperamento y el carácter de las personas con esquizofrenia difieren de las personas sanas, se plantea la cuestión de cómo estos rasgos de personalidad se relacionan con diferentes aspectos de esta enfermedad. Eklund et al. (2004), al estudiar la relación entre la personalidad y el nivel de funcionamiento (psicopatología, equilibrio afectivo, funcionamiento psicosocial global) y la salud psicológica (sensación de coherencia, autocontrol, autoestima), encontraron que la HA, P y SD están fuertemente relacionados con el funcionamiento, concretamente las altas puntuaciones en HA y bajas en P y SD, estaban relacionadas con un pobre nivel de funcionamiento y las bajas puntuaciones en HA y altas en P y SD, con un alto nivel de funcionamiento. Eklund et al. (2004) también hallaron que la SD explica la mayoría de la varianza encontrada en las variables de salud psicológica, lo que concuerda con Cloninger, Svrakic, Bayon y Przybeck (1999), quienes demostraron que los pacientes con baja SD tienen riesgo de padecer diferentes trastornos psiquiátricos, como depresión o reacciones paranoides, dependiendo de cómo la SD se combina con otros rasgos del carácter. En cuanto a las implicaciones clínicas de estos resultados Eklund et al. (2004), concluyen que los pacientes con baja SD y alta HS necesitan apoyo individualizado en contextos sociales, para mejorar los contactos interpersonales y modelos de aprendizajes social positivo, facilitando la diferenciación yo-objeto.

Los rasgos de personalidad también se han estudiado con relación a la calidad de vida, por ejemplo, Kentros, Terkelsen et al. (1997), en una muestra de pacientes con esquizofrenia y tras-

torno esquizoafectivo, relacionó positivamente la calidad de vida global con la extraversión y la amabilidad y, negativamente con el neuroticismo. Hansson, Eklund y Bengtsson-Tops (2001) encontraron que una mejor calidad de vida se correlacionaba con puntuaciones altas en SD y bajas en HA.

En cuanto a la relación entre estos rasgos de personalidad y los síntomas esquizofrénicos, Guillem et al. (2002) señalan que la baja NS, alta HA y baja P tienen mucho que ver con evitación social y síntomas negativos propios de la fase estable de la enfermedad. Cloninger (1986, 1987, 1988) relaciona la baja NS con la hipoactivación de la dopamina y la alta HA con la hiperactividad de la serotonina. Además, ambos neurotransmisores tienen especial importancia en la esquizofrenia (King, 1998, demostró que los antipsicóticos atípicos, que actúan sobre la serotonina y la dopamina, son más eficaces que los antipsicóticos típicos que sólo actúan sobre la dopamina). Esto hace pensar a Guillem et al. (2002), que las alteraciones en el funcionamiento social en esquizofrénicos están enraizadas con la personalidad, probablemente a nivel genético, produciendo disfunciones en varios sistemas cerebrales monaminérgicos.

Guillem et al. (2002) también afirmaron que existe una relación positiva entre NS y síntomas psicóticos pero mediados por factores demográficos (ambos disminuyen con la edad) y epidemiológicos. Esto es consistente con la relación entre hiperactividad de la dopamina y síntomas psicóticos (Grace, 1991) y con el trabajo de Guillem et al. (2005), que muestra mecanismos comunes entre la búsqueda de sensaciones (similar a NS) y distorsión de la realidad (síntoma psicótico). En cuanto al carácter, los síntomas psicóticos estaban relacionados negativamente con SD y positivamente con ST, lo que indica la naturaleza evolutiva y adaptativa de los síntomas psicóticos. La baja SD y C están asociadas con la adaptación social y conductual a largo plazo (Guillen et al., 2002).

Ritsner y Susser (2004) han estudiado los factores del temperamento como agentes de vulnerabilidad a la esquizofrenia, así, la NS y RD

correlacionan positivamente con los síntomas negativos, y la NS, HA y RD correlacionan positivamente con la psicopatología general y con estrés emocional y débil autoconcepto. Estos resultados apoyan el modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977), ya que se puede asumir que la asociación de los tipos de temperamento (alta HA/NS/RD) con elevado estrés emocional y débil autoconcepto, puede representar un marcador complejo de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia.

Por último, algunos rasgos de personalidad se han asociado con abuso de sustancias en esquizofrénicos. Se sabe que el abuso de sustancias produce un efecto negativo en el funcionamiento clínico y social en la esquizofrenia (Mueser, Yarnold y Blanchard 1992), sin embargo, no está clara la motivación de este abuso. Van Amer, Sellman y Mulder (1997) intentaron aclarar esta cuestión y encontraron una correlación positiva entre la búsqueda de novedad (NS) y el consumo de alcohol, cannabis, nicotina y caféina, pero sólo en el tabaco y el alcohol esta relación era evidente para el presente y el pasado. No encontraron relación entre variables clínicas y el abuso de sustancias en comparación con la NS, este resultado no apoya la hipótesis de que el consumo de sustancias en esquizofrenia está motivado por la automedicación de los síntomas negativos. Por lo tanto, el conocimiento sobre el temperamento puede guiar el tratamiento, por ejemplo, en pacientes con alta NS se ha demostrado que es mejor el entrenamiento en tareas de coping que el trabajo en grupo y que la rehabilitación debe incluir actividades que reduzcan la necesidad de buscar excitación a través de las sustancias psicoactivas.

Conclusiones

Según los diferentes estudios y planteamientos, discutidos en este artículo, se pueden hacer las siguientes conclusiones:

Primero, los rasgos de personalidad de las personas esquizofrénicas son diferentes de las personas «normales», sin embargo, estos rasgos son similares a los de las personas con TPEE y

parientes de primer grado de los esquizofrénicos. Esto hace pensar, que ciertos perfiles de personalidad, como baja extraversión y alto neuroticismo y alta evitación del daño y baja auto-dirección, pueden actuar como factores de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia.

Segundo, parece que los síntomas negativos son más estables y tienen una base genética, y se relacionan con los factores de rasgo (Kentros, Smith et al., 1997) o del temperamento (Guillen et al., 2002) y que los síntomas positivos son más variables, con base sociocultural y se relacionan con factores de estado (Kentros, Smith et al., 1997a) o del carácter (Guillen et al., 2002).

Tercero, para saber qué rasgos de personalidad actúan como predisponentes, qué rasgos son estables y cuáles son producto de la enfermedad, es necesario hacer estudios longitudinales, prospectivos y de seguimiento, es decir, evaluar la personalidad desde el inicio de la enfermedad para observar cómo «reaccionan» los diferentes rasgos de personalidad ante la evolución de la enfermedad y ante los diferentes tratamientos.

Cuarto, aunque los rasgos de personalidad discutidos en este artículo no son únicos de la esquizofrenia, algunos de ellos, pueden influir en el inicio y desarrollo de la enfermedad y pueden ayudar a explicar las diferentes manifestaciones sintomáticas, la respuesta al tratamiento y la adaptación al medio ambiente de las personas con esquizofrenia.

Por último, aunque ciertos rasgos de personalidad pueden actuar como factores predisponentes hacia la esquizofrenia, siendo estos más estables a lo largo de la enfermedad, se debe tener en cuenta, que una enfermedad crónica, compleja y devastadora, como es la esquizofrenia, dejará huella en la personalidad de quien la padece.

Referencias

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental di-*

sorders (3ª ed.) (DSM-III). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. Rev) (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.

Antonova, E., Sharma, T., Morris, R., y Kumari, V. (2004). The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia: A selective review. *Schizophrenia Research*, 70, 117-145.

Battaglia, M. y Torgerson, S. (1996). Schizotypal disorder: at the crossroads of genetics and nosology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 303-310.

Baum, K. M. y Walker, E. F. (1995). Childhood behavioral precursors of adult symptom dimensions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16, 111-120.

Bender, L. (1975). Schizophrenia spectrum disorders in the families of schizophrenic children. En R. R. Fieve, D. Rorenthal y H. Brill (Eds.), *Genetic research in psychiatry* (pp. 125-134). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Berenbaum, H. y Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 148-158.

Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the group of schizophrenias*. Oxford: International University Press.

Bland, R. C., Newman, S. C. y Orn, H. (1987). Schizophrenia: Lifetime co-morbidity in community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 25, 19-22.

Camisa, K. M., Bocakbrader, M. A., Lysaker, P., Rae, L. L., Brenner, C. A. y O'Donnell, B.F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research*, 133, 23-33.

- Carter, J. W., Parnas, J., Cannon, T. D., Schulsinger, F. y Mednick, S. A. (1999). MMPI variables predictive of schizophrenia in the Copenhagen High-Risk Project: a 25-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 432-440.
- Cloninger C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Developments*, 4, 167-226.
- Cloninger C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger C. R. (1988). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries. *Psychiatry Development*, 2, 83-120.
- Cloninger C. R., Svrakic D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R., Przybeck T. R., Svrakic, D. M. y Wetzell, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Cloninger, C. R. y Svrakic, D. M. (1997) Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-141.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Bayon, C. y Przybeck, T. R. (1999). Measurement of psychopathology as variants of personality. En C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and Psychopathology*. (pp. 33-65). Washington: American Psychiatry Press.
- Costa, P. T. y McGrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McGrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorder*, 4, 362-371.
- Costa, P. T. y McGrae, R. R. (1992). NEO-PI-R: Profesional Manual. (Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Caro, F. (1999). Premorbid personality in psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 781-792.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Zarzuela, A. (2001). ¿Are personality traits associated with cognitive disturbance in psychosis? *Schizophrenia Research*, 51, 109-117.
- Dingemans, P. M. A. J., Leinor, M. E. y Linszen, D. H. (1998). Personality and schizophrenic relapse. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 89-95.
- Eklund, M., Hansson, L. y Bengtsson-Tops, A. (2004). The influence of temperament on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 19, 34-41.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual for the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H. J. (1981). *A model of personality*. New York: Springer-Verlag.
- Freud, S. (1958). Psychoanalytic notes on an autobiographic account of a case of paranoia (dementia paramoides). En J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 1-82). London: Hogarth Press.
- Frith, C. (1995). Functional imaging and cognitive abnormalities. *The Lancet*, 346, 615-620.
- Goldberg, S. C., Schulz, S. C., Schulz, P. M., Resnick, R. J., Hamer, R. M. y Friedel, R. O. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low dose thiothixene vs. placebo. *Archives of General Psychiatry*, 141, 1533-1540.
- Goldstein, G. (1978). Cognitive and perceptual differences between schizophrenics and organics. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 160-185.
- Grace, A. A. (1991). Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopa-

- mine system responsivity: a hypothesis for the etiology of schizophrenia. *Neuroscience*, 41, 1-24.
- Gross, G. y Huber, G. (1993). Premorbid personality in schizophrenia: the contribution of European long-term studies. *Neurology Psychiatry Brain Research*, 2, 14-20.
- Guillem, F., Bicu, M., Semkovska, M. y Debrulle, J. B. (2002). The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and carácter. *Schizophrenia Research*, 56, 137-147.
- Guillem, F., Pampoulova, T., Stip, E., Todorov, C. y Lalonde, P. (2005). Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia? A study using memory event-related potentials. *Psychiatry Research*, 135, 11-33.
- Gurrera, R. J., Nestor, P. G. y O'Donnell, B. F. (2000). Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 31-35.
- Hansson, L., Eklund, M. y Bengtsson-Tops, A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individual with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.
- Jackson, H. J., Whiteside, H. L., Bates, G. W., Bell, R., Rudd, R. P. y Edwards, J. (1991). Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 206-213.
- Kentros, M., Smith, T. E., Hull, J., Mckee, M., Terkelsen, K., y Capalbo, C. (1997b). Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 549-555.
- Kentros, M., Terkelsen, K., Hull, J., Smith, T. E. y Goodman, M. (1997a). The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Quality Live Research*, 6, 118-122.
- King, D. J. (1998). Drug treatment of the negative symptoms of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 8, 33-42.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edimburgo:Livingston.
- Lewine, R. R., Watt, N. F., Prentky, R. A. y Fyrer, J. H. (1980). Childhood social competence in functionally disordered psychiatric patients and normals. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 132-138.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Bryson, G. y Kaplan, E. (1999a). Personality as a predictor of the variability of insight in schizophrenia. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 187, 119-122.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E. y Bryson, G. J. (1999). Personality and psychopathology in schizophrenia: the association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Research*, 80, 61-68.
- Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E., Greig, T. C. y Bryson, G. J. (1999). Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry*, 62, 36-48.
- McGrae, R. R. (1991). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57, 399-414.
- McGrae R. R. y Costa, P. T. (1997). Personality traits structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A. y Allerbeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 308-313.
- Meehl, P. E. (1989). Schizoataxia revisited. *Archives of General Psychiatry*, 46, 936-944.
- Meehl, P. E. (1990). Toward an integrative theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Mueser, K. T., Bellackm A. S. y Blanchard, J. J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal Consulting Clinical Psychological*, 60, 845-856.

- Obiols, J. E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Parnas, J. y Jorgensen, A. (1989). Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum. *British Journal of Psychiatry*, 155, 623-627.
- Parnas, J., Schulsinger, F., Schulsinger, H., Mednick, S. A. y Teasdale, T. W. (1982). Behavioral precursors of schizophrenia spectrum: A prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 39, 658-664.
- Peralta, V., Cuesta, M. J. y De León, J. (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 336-339.
- Ritsner, M., y Susser, E. (2004). Temperament types are associated with self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: ¿evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Research*, 128, 219-228.
- Siever, L. J. (1985). Biological markers in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 564-575.
- Silverman, J. M., Siercer, L. J., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Davidson, M. et al. (1993). Schizophrenia-related and affective personality disorder traits in relatives of probands with schizophrenia and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150, 435-442.
- Smith, T. E., Grabstein, E., Kentros, M., Kulchychy, S., Borgaro, S. (1996). Axis II diagnoses and treatment refractoriness in schizophrenia. *Psychiatry Quarterly*, 67, 51-64.
- Smith, T.E., Shea, M. T., Schooler, N. R., Levin, H., Deutsch, A. y Grabstein, E. (1995). Studies of schizophrenia: personalinality traits in schizoprenia. *Psychiatry*, 58, 99-112.
- Stompe, T., Willinger, U., Fischer, G., Meszaros, K., Berger, P., Isenberg, E. et al, (1998). The unified biosocial model of personality in schizophrenia families and controls. *Psychopathology*, 31 (1), 45-51.
- Szoke, A., Schurhoff, F., Ferhadian, N., Bellivier, F., Rouillon, F. y Leboyer, M. (2002). Temperament in schizophrenia: a study of Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *European Psychiatry*, 17, 379-383.
- Terkelsen, K. G., Smith, T., Gallager, R.E., Schwartz, F., McCarthy, R. H. y Munich, R. L. (1991). Schizophrenia and Axis II. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 538-544.
- Tien, A. Y., Costa, P. T. y Eaton, W. W. (1992). Covariance of personality, neurocognition, and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophrenia Research*, 7, 149-158.
- Torgalsboen, A. K. (1999). Comorbidity in schizophrenia: a prognostic study of personality disorder in recovered and non-recovered schizophrenia patient. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 147-152.
- Van Ammer, E. C., Sellman, J. D. y Mulder, R. T. (1997). Temperament and substance abuse in schizophrenia: ¿is there a relationship? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 283-288.
- Weinberger, D.R., Bernan, K. F. e Illiwoosky, B. P. (1988). Psychological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 609-615.
- Zuckerman, M. (1995). Good and bad humor: biochemical bases of personality and its disorders. *Psychological Science*, 6, 325-332
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability-A new view of schizophrenia. *Journal Abnormal of Psychology*, 86 (2), 103-126.