

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA
MÉDICA

TESIS DOCTORAL

**CORRELACIÓN ENTRE AJUSTE
PREMÓRBIDO
Y
PERSONALIDAD PREVIA
EN
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS**

DIRECTOR:
PROF. DR. D. ALFREDO CALCEDO ORDÓÑEZ

AUTOR:
JOSE JUAN RODRÍGUEZ SOLANO

MADRID, MAYO DE 1995



CIUDAD UNIVERSITARIA
TELEF. 394 14 97
FAX 394 15 06
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

ALFREDO CALCEDO ORDÓÑEZ, CATEDRÁTICO DEL DEPARTAMENTO DE PSI
QUIATRÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLU
TENSE DE MADRID

C E R T I F I C A :

que el trabajo de investigación "**Correlación entre ajuste pre
mórbido y personalidad previa en pacientes esquizofrénicos**",
realizado por D. José Juan RODRÍGUEZ SOLANO bajo mi dirección,
reúne los requisitos necesarios para ser presentado y defendi
do públicamente ante Tribunal.

Lo que firmo en Madrid, a veinticinco de Abril de mil novecien
tos noventa y cinco.



A Inma

A Pablo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, en su labor de dirección, al Prof. Dr. D. Alfredo Calcedo Ordóñez, por las facilidades y las valiosas orientaciones que me ha prestado. La realización de esta tesis no hubiera sido posible sin su generosa actitud humana y científica.

También deseo manifestar mi gratitud a D. Manuel González de Chávez, Jefe del Servicio I de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón, por sus ideas, estímulos, y por compartir su experiencia conmigo. Supo motivarme y brindarme su colaboración en todo momento.

Así mismo, quiero reconocer mi deuda a D. Alfonso García-Ordás y D. Luis Doria Prieto del CSM. de Vallecas y al Dr. Pedro Cuadrado y Dra. Rosa Viñas del CSM. de Retiro por su ayuda en la recopilación de los pacientes.

Al Dr. David Martínez, profesor de Epidemiología del Hospital Militar del Aire, y al Dr. Rufino Losantos, por sus sabios consejos.

A la Dra. Pilar Rojano Capilla, amiga y compañera de carrera que ha sabido estar en los momentos difíciles. Por su apoyo, tengo que agradecer a todos los médicos del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón, en especial a D. Enrique Sainz Cortón, D^a. Flor Pérez Fernández, D^a. María Salgado Méndez y Dr. Fernando García Rodríguez.

A mi mujer, Inma, por su inestimable ayuda, estímulo y sobre todo por la comprensión que ha sabido mostrar en todo momento a lo largo de la investigación. A mi hermana Mercedes por su ayuda en la corrección lingüística. A las dos por las horas que han trabajado conmigo.

A todos los pacientes que han participado en el estudio, por la paciencia, la colaboración desinteresada, el esfuerzo personal que les supuso y por haberme permitido conocer un poco más los vericuetos de la enfermedad que padecen.

A todos los que a lo largo de mi actividad profesional me han ayudado con su formación humana o científica, de una forma u otra, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

ÍNDICE

I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	.....1
1.- JUSTIFICACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO	.....2
2.- AJUSTE PREMÓRBIDO	.....6
2.1.-Ajuste social general.	.....6
2.2.-Definición de ajuste premórbido.	.....7
2.3.-Ajuste premórbido y esquizofrenia procesual y reactiva.	.....9
2.4.-Escala de ajuste premórbido.	.....11
2.5.-Esquizofrenias de buen y mal ajuste premórbido: ¿Dos entidades o un continuo?	.....16
2.6.-Relación entre ajuste premórbido y esquizofrenia.	.....18
2.6.1.-Ajuste premórbido y vulnerabilidad a la esquizofrenia.	.....18
2.6.2.-Alteraciones del ajuste premórbido como manifestación clínica precoz de la esquizofrenia: Hipótesis del neurodesarrollo.	.....22
2.6.3.-Alteraciones del ajuste premórbido como manifestación de otro trastorno previo al inicio de la esquizofrenia, relacionado o no con ésta.	.....23
2.7.-Ajuste premórbido y otras características de la esquizofrenia.	.....24
2.7.1.-Ajuste premórbido como indicador pronóstico de la esquizofrenia.	.....24
2.7.2.-Ajuste premórbido y tipo clínico de esquizofrenia.	.....26

2.7.3.-Ajuste premórbido y factores biológicos en la esquizofrenia.	.....27
2.8.-Ajuste premórbido y otras categorías diagnósticas.	.....30
3.-PERSONALIDAD PREVIA DEL ESQUIZOFRÉNICO	.....31
3.1.-Trastornos de personalidad.	.....31
3.2.-Definición de trastorno de personalidad.	.....32
3.3.-Historia de los trastornos de personalidad.	.....34
3.4.-Clasificación de los trastornos de personalidad.	.....44
3.4.1.-Clasificaciones categoriales.	.....45
3.4.2.-Clasificaciones dimensionales.	.....55
3.5.-Medida de los trastornos de personalidad.	.....59
3.6.-Relación entre los trastornos sintomáticos(eje I) y los trastornos de personalidad (eje II).	.....62
3.7.-Historia de la relación entre trastornos de personalidad y esquizofrenia.	.....65
3.7.1.-Estudios familiares de la relación entre personalidad y esquizofrenia.	.....67
3.7.2.-Estudios clínicos de la relación entre personalidad y esquizofrenia.	.....68
3.7.3.-Estudios de personalidad premórbida en esquizofrénicos.	.....72
3.8.-Trastornos del espectro de la esquizofrenia.	.....80
3.9.-Relación entre esquizofrenia y trastornos de la personalidad.	.....85
4.-AJUSTE PREMÓRBIDO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA	.....90

II. <u>OBJETIVOS</u>	.....94
III. <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	.....97
1.- SUJETOS	.....98
1.1 Area.	.....98
1.2 Criterios de inclusión.	.....99
1.3 Criterios de exclusión.	.....100
1.4 Características de los sujetos.	.....100
2.- SISTEMAS DE MEDIDA	.....103
2.1.-Diagnóstico de esquizofrenia.	.....103
2.2.-Ajuste premórbido, Premorbid Adjustment Scale de Cannon-Spoor y col. (1982).	.....104
2.2.1.-Consideraciones generales.	.....104
2.2.2.-Descripción.	.....104
2.2.3.-Instrucciones generales de aplicación.	.....105
2.2.4.-Fiabilidad y validez.	.....107
2.3.-Rasgos y trastornos de personalidad, Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders de Spitzer y col. (1990).	.....108
2.3.1.-Consideraciones generales.	.....108
2.3.2.-Descripción.	.....109
2.3.3.-Instrucciones de uso.	.....110
2.3.4.-Validez y fiabilidad.	.....114

3.- PROCEDIMIENTO	.....117
4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	.....119
IV. <u>RESULTADOS</u>	.....120
1.-AJUSTE PREMÓRBIDO	.....121
2.-TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD	.....126
2.1.-Descripción cualitativa.	.....126
2.1.1.-Número de trastornos de personalidad y asociaciones.	.....126
2.1.2.-Frecuencia de los trastornos de personalidad.	.....134
2.2.-Descripción cuantitativa.	.....138
3.-AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA	.....140
3.1.-Comparación de medias de ajuste premórbido según los grupos de trastornos de personalidad.	.....140
3.2.-Correlación entre ajuste premórbido y personalidad previa.	.....144
3.3.-Análisis de regresión múltiple por pasos entre ajuste premórbido y personalidad previa.	.....163

V. <u>DISCUSIÓN</u>	.....169
1.- AJUSTE PREMÓRBIDO	.....170
2.- PERSONALIDAD PREVIA	.....175
2.1.-Proporción de trastornos de personalidad en la esquizofrenia.	.....175
2.1.1 Trastornos de personalidad en la población general.	.....175
2.1.2 Trastornos de personalidad en otros pacientes psiquiátricos.	.....177
2.1.3 Trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos. Otros estudios.	.....178
2.2.-Asociaciones de los trastornos de personalidad en la esquizofrenia.	.....182
2.3.-Los distintos trastornos de personalidad previos a la esquizofrenia.	.....190
2.3.1.-Comparación de resultados.	.....191
2.3.2.-Trastorno de personalidad esquizotípico.	.....194
2.3.3.-Trastorno de personalidad esquizoide.	.....197
2.3.4.-Trastorno de personalidad paranoide.	.....199
2.3.5.-Trastornos del espectro de la esquizofrenia como conjunto.	.....200
2.3.6 Otros trastornos de personalidad.	.....203
2.4- Dimensionalidad de los trastornos de personalidad.	.....209

3.-RELACION AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA.	.....211
3.1.-Ajuste premórbido y rasgos de personalidad esquizoides, esquizotípicos y evitativos.	.....213
3.2.-Ajuste premórbido y otros trastornos de personalidad.	.....216
3.2.1.-Ajuste premórbido y personalidad paranoide.	.....216
3.2.2.-Ajuste premórbido y personalidad obsesivo-compulsiva.	.....217
3.2.3.-Ajuste premórbido y personalidades del grupo B.	.....217
3.3.-Ajuste premórbido y trastornos de personalidad fuera de la esquizofrenia.	.....218
3.4.-Significado de la relación entre ajuste premórbido y personalidad previa en la esquizofrenia.	.....220
VI. <u>CONCLUSIONES</u>	.....226
VII. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	.....230
VIII. <u>ANEXO</u>	.....266

INTRODUCCIÓN

1.- JUSTIFICACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO

La esquizofrenia habría que reconocerla como uno de los grandes problemas de salud no resueltos y apenas abordados a las puertas del Siglo XXI. No se trata de una rara enfermedad. Si la prevalencia la consideramos en un 1%, entre la población mundial podríamos encontrar cerca de 50 millones de esquizofrénicos, y en España entre 3 y 4 millones de pacientes. Es una enfermedad con unos costes personales, sociales y económicos muy importantes. Cuando nos fijamos en la cantidad de sufrimiento y discapacidad que produce en tan enorme cantidad de personas, se entiende que la calidad y cantidad de recursos disponibles para el tratamiento, la rehabilitación, así como para la investigación es francamente baja en relación con otras enfermedades más en boga (Fuentenebro, 1989). Esta disparidad entre necesidades y recursos refleja según Strauss y Carpenter (1981) la falta de apoyo social frente al estigma de la locura.

Las teorías biológicas que proponen las distintas hipótesis genéticas, bioquímicas y neurofisiológicas, las teorías psicológicas (psicoanalíticas, cognitivo-conductuales, etc.) y la visión social (teorías familiares o de clases sociales, etc.) por separado han aportado muchos datos para comprender determinados aspectos de la enfermedad psicótica por excelencia, sin embargo ninguna ha ofrecido un marco global que explique en su conjunto tan compleja enfermedad. Como consecuencia de esto, surgen distintos modelos integradores: El modelo Bio-Psico-Social desarrollado por Engel (1977) para entender tanto la enfermedad como la salud y que es perfectamente aplicable a la esquizofrenia. El modelo de Desarrollo Interactivo de la Esquizofrenia (Strauss y Carpenter, 1981). El modelo de Diátesis-Estrés (Mednick 1958, 1973, Liberman y col. 1984, Nuechterlein y Dawson 1984).

Zubin y Spring (1977) toman todos los elementos de las diferentes teorías etiológicas de la esquizofrenia: la aproximación ecológica, el modelo del desarrollo, el de la teoría del aprendizaje, el genético, el medio ambiental interno y el neurofisiológico. Con todo ello desarrollan la **hipótesis de la Vulnerabilidad al Estrés** en la esquizofrenia. Dado que las variables que influyen en la vulnerabilidad son múltiples, ésta variaría a lo largo de un continuo que iría desde la predisposición nula hasta la predisposición en grado máximo.

En el marco de las hipótesis de la Vulnerabilidad, podemos entender el **periodo premórbido** como aquel en el que se pueden manifestar las características básicas de tal vulnerabilidad sin la participación del proceso mórbido. En este sentido, su estudio es algo fundamental para arrojar luz sobre estas hipótesis. De la época premórbida vamos a estudiar dos variables para explorar su posible interacción: el **Ajuste Premórbido** y la **Personalidad Previa**.

Los rasgos y trastornos de la personalidad (t.p.) se han incluido entre los elementos que influyen en la vulnerabilidad de la esquizofrenia. Concretamente Zubin y col. (1983) aunque no consideran la personalidad previa como un elemento determinante de la vulnerabilidad si le dan la categoría de variable moderadora, favoreciendo o impidiendo que el estrés psicosocial desencadene la enfermedad. Desde este punto de vista podríamos considerar lo que se ha dado en llamar el ajuste premórbido y las variables que éste mide como el resultado de la personalidad previa entre otras cosas. Es decir el ajuste premórbido sería dependiente de la personalidad, o una manifestación de ésta.

Por otro lado, el ajuste premórbido se ha considerado por autores tales como Strauss y col. (1977-a) y Carpenter y Strauss (1991) como una manifestación clínica sutil y directa de la vulnerabilidad del individuo a presentar la psicosis. En este caso, el ajuste premórbido podría ser independiente de la

personalidad previa del sujeto.

En cualquiera de los dos casos la relación tanto de la personalidad como del ajuste premórbido con la vulnerabilidad a la esquizofrenia parece justificada.

La investigación dedicada a cuantificar los datos claves del funcionamiento premórbido pueden contribuir significativamente al estudio de la **etiología** y **patofisiología** de la esquizofrenia (Haas y Sweeney, 1992).

La caracterización de las fases tempranas de la enfermedad puede jugar un importante papel en facilitar la **detección y el tratamiento precoz** de la esquizofrenia. El conocer las características premórbidas del paciente en todos sus aspectos puede favorecer el **desarrollo de estrategias preventivas**, pues el que un sujeto sea vulnerable a la esquizofrenia no significa que tenga que manifestar la enfermedad (Meehl, 1990). Meehl (1962) también apuntaba que la prevención debe partir del conocimiento y la modificación de todos los procesos de desarrollo que sean relevantes pronósticamente. El ajuste premórbido y la personalidad previa han demostrado estar relacionados con el pronóstico en diversos trabajos (Strauss y Carpenter 1972, 1974, 1977).

Como opina Ambelas (1992), en una era en la que las medidas sociomédicas están asumiendo una importancia creciente en advertir las recaídas, la prueba de nuevos perfiles preclínicos que puedan resultar en una detección temprana y una prevención esperanzadora se está haciendo casi imperativa.

Por otra parte, y siguiendo a E. Bleuler, la esquizofrenia es un síndrome formado por más de una enfermedad concreta, es un grupo de psicosis (Strauss y Carpenter, 1981, Colodrón, 1990). La conducta humana es sumamente compleja lo que produce una tremenda variación entre los pacientes tanto en su

psicopatología manifiesta como en las consecuencias funcionales de la enfermedad. El curso del trastorno tampoco es único, así la evolución de los pacientes puede variar entre todo un rango de posibilidades de funcionamiento.

El conocimiento en más profundidad de estos dos aspectos, ajuste y personalidad, del sujeto en el periodo previo a la manifestación de la esquizofrenia nos permitiría "ensanchar la duda" y arrojar luz sobre los distintos tipos de esquizofrenia, las distintas formas de manifestarse, y los diferentes maneras de evolucionar. Una **manera de reducir la heterogeneidad** en la esquizofrenia puede ser subdividir a los pacientes según distintas características como son éstas que vamos a estudiar de la época premórbida.

2.-AJUSTE PREMÓRBIDO

2.1.- AJUSTE SOCIAL GENERAL

Durante las pasadas décadas ha habido un interés sin precedentes en el ajuste psicosocial de los pacientes psiquiátricos a la comunidad que, incluso, se ha extendido a los pacientes con enfermedades somáticas. En psiquiatría este interés del ajuste comunitario de los pacientes ha tenido un crecimiento natural en relación con los cambios en las tendencias de tratamiento, con la evolución desde las custodias manicomiales al cuidado de pacientes ambulatorios. La preocupación por el ajuste social se hace aparente cuando se produce la desinstitucionalización de los pacientes con trastornos crónicos y surgen los problemas de integración en la comunidad.

Varias escalas fueron desarrolladas para el análisis del ajuste social. Las primeras escalas, que aparecieron en los años 50 y 60, fueron usadas para evaluar el ajuste posthospitalario de los pacientes esquizofrénicos dados de alta en régimen de tratamiento con los entonces nuevos neurolépticos, o para analizar los resultados de la psicoterapia en la selección de pacientes ambulatorios. Es en los años 70 cuando se realizan ya análisis sistemáticos del funcionamiento social de los pacientes, comenzando éstos a formar parte de la evaluación, tanto de su estado inicial como del resultado de su tratamiento (Weissman y col. 1981).

Con el desarrollo de la clasificación americana DSM-III, en el que se incluye una evaluación global del sujeto como un eje más del diagnóstico, se da un ímpetu adicional para la clarificación de estas áreas conceptuales de funcionamiento psicosocial.

2.2.- DEFINICIÓN DE AJUSTE PREMÓRBIDO

El escepticismo hacia la esquizofrenia como una enfermedad unitaria ha supuesto a lo largo de su historia una serie de esfuerzos por clasificar y subclasificar a los pacientes que la padecen. Por otra parte, la mala confianza en la sintomatología, dada su enorme variabilidad con el tiempo, como medio exclusivo para hacer los diagnósticos en psiquiatría, ha hecho que distintos autores se fijaran en otros criterios tales como la historia previa de los pacientes y su pronóstico como medio de clasificar e intentar clarificar esta compleja enfermedad. La diferenciación procesual/reactivo es un ejemplo de ello.

Además, el consenso general era y es que los trastornos esquizofrénicos no son estáticos, sino que pueden ser comprendidos mejor desde un punto de vista longitudinal, desde una perspectiva de desarrollo o maduración (Zubin y Spring 1977, Nuechterlein y Dawson 1984). La evaluación transeccional en un momento determinado en el tiempo no supone una ventaja frente al proceso de evaluación que tiene en cuenta el comienzo, curso y resultado de los trastornos esquizofrénicos.

Como consecuencia de todo esto surgió una extensa literatura intentado usar el buen o mal nivel de funcionamiento premórbido para subclasificar a los pacientes esquizofrénicos. Harrow y col. (1986) hacen referencia a muchos de estos trabajos y además consideran que la dimensión proceso/reactiva, basada en la distinción entre mal y buen ajuste premórbido, ha sido una de las maneras más importantes de categorizar la esquizofrenia.

Antes de seguir adelante sería conveniente definir lo que se entiende por ajuste premórbido. Para ello nos vamos a basar en el concepto aportado por Strauss y col. (1977-b). Consideran ajuste premórbido a *todas aquellas*

características de una persona, especialmente sus relaciones interpersonales y funcionamiento ocupacional, que pueden ser encontradas en cualquier momento antes del comienzo de los síntomas floridos de la esquizofrenia.

Según Phillips (1953) la competencia premórbida en términos sociales podría ser valorada por *la medida en que un individuo fue capaz de cumplir con las expectativas apropiadas para el sexo y la edad antes del comienzo de la enfermedad. Así, el individuo con un mal ajuste premórbido sería aquél que no pudo alcanzar una o más de esas metas de maduración antes del inicio del trastorno, o el que pudo alcanzarlas pero en un periodo posterior de la vida que el que es considerado apropiado.*

Clásicamente el ajuste premórbido se ha enfocado en el ajuste social, pero Strauss y col. (1977-a) consideraron útil ampliarlo a otras áreas de la vida del sujeto, tanto psicosociales como biológicas. Entre las primeras estaban las relaciones sociales y el funcionamiento laboral; entre las segundas había variables tales como la activación autonómica. "El ajuste premórbido debe ser conceptualizado como de naturaleza bio-psico-social".

A raíz de los estudios de ajuste premórbido se empiezan a discriminar los papeles de tres componentes mayores del proceso patológico:

- Las características del paciente antes del comienzo de la patología manifiesta.

- El tipo de patología.

- El curso del trastorno.

Con la exploración del ajuste premórbido se intentan evaluar las características más cruciales que anteceden a la sintomatología y al curso de la enfermedad.

2.3.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y ESQUIZOFRENIA PROCESUAL Y REACTIVA.

A finales de los años 50 y primeros de los 60 se produce en el terreno de la esquizofrenia un marcado incremento en la preocupación teórica y empírica con la naturaleza del ajuste premórbido. Así surgió un enorme interés en la distinción entre esquizofrenia procesual y reactiva. La distinción, según afirman Chapman y col. (1961), estaba justificada por un ajuste premórbido y un pronóstico diferentes y dos patrones sintomáticos distintos. Aunque las dos conceptualizaciones, ajuste premórbido y esquizofrenia procesual y reactiva, están frecuentemente basadas en diferentes suposiciones teóricas, los criterios utilizados para clasificar a los pacientes son muy similares y a veces idénticos (Bromet y col. 1974).

Fue en 1913 cuando Karl Jaspers (1948) formuló por primera vez su idea de psicosis reactiva (opuesta a la forma procesual) y la aplicó a la esquizofrenia. En teoría, la esquizofrenia reactiva estaba relacionada con un trauma mental agudo, el contenido psicótico era inteligible en términos de causa precipitante y la psicosis se podría recuperar cuando la causa se había resuelto. Jaspers (1948), sin embargo, se cuestionaba si en la esquizofrenia tal distinción era posible. En los años 20 Bleuler extendió el concepto de Jaspers. En la cuarta edición de su libro de texto hace una diferenciación mente/cerebro como un modo de entender la muy distinta evolución de la esquizofrenia. Habla de una clase de psicosis que surge como una reacción mórbida a una experiencia afectiva, como una reacción de la mente. Y por otro lado, se refiere a un proceso mórbido en el cerebro que condiciona la psicosis (Bleuler, 1924). Así, la dicotomía de esquizofrenia reactiva y procesual había nacido.

Posteriormente, otros autores, como Langfeldt en 1937 y 1956 y Kant en

1941, hicieron una diferenciación similar aun usando términos diferentes. Estudiaron grandes muestras de esquizofrénicos recuperados. Aunque trabajaron en distintos lugares alcanzaron conclusiones casi idénticas, encontrando criterios que separaban bastante bien el esquizofrénico que se recupera del que no lo hace. Los criterios eran el comienzo agudo, la existencia de estrés precipitante, la confusión durante el episodio agudo, la presencia de síntomas sugerentes de depresión psicótica, una herencia positiva para la depresión psicótica y una personalidad extrovertida y una constitución pícnica más que una personalidad esquizoide y una constitución asténica. Ambos, sin embargo, sugirieron que tales pacientes no eran esquizofrénicos. Langfeldt los llamó trastornos esquizofreniformes y Kant creía que pertenecían al grupo de la enfermedad maniaco-depresiva. (Vaillant, 1964 y Solomon y Zlotowski, 1964).

En conjunto, se decía que la **esquizofrenia procesual** o típica estaba caracterizada por un ajuste prepsicótico inadecuado, con poco interés en otras personas o en las actividades de la vida. La psicosis se desarrollaba gradualmente desde esa situación sin factores de estrés precipitante identificables. Los síntomas usualmente incluían un embotamiento afectivo. El pronóstico era malo y el trastorno seguía el curso deteriorante descrito por Kraepelin para la "demencia praecox".

Se decía también que la **esquizofrenia reactiva** o atípica se caracterizaba por un ajuste prepsicótico prácticamente normal. Solía ser de inicio a edad más tardía. Los síntomas aparecían repentinamente en respuesta a severas situaciones de estrés. Los síntomas incluían un sensorio alterado y marcadas manifestaciones afectivas. El curso era no deteriorante y el pronóstico era bueno. A menudo se sugería que la esquizofrenia procesual tenía una base orgánica y la esquizofrenia reactiva una base psicógena. (Chapman y col., 1961, Solomon y Zlotowowski, 1964).

2.4.- ESCALAS DE AJUSTE PREMÓRBIDO

Con la distinción entre esquizofrenia procesual y reactiva y el uso del buen o mal nivel de funcionamiento premórbido para subclasificar a los pacientes esquizofrénicos, comienzan a desarrollarse escalas para conducir las investigaciones y objetivar los resultados. Algunas de ellas son:

1ª Escala Pronóstica de Elguin (Elguin Prognostic Scale).

Fue la primera escala que medía dimensiones del funcionamiento premórbido. Fue diseñada por Wittman en 1941 y 1944 (Wittman 1941, Wittman y Steinberg 1944). Estaba basada en una revisión de estudios de pronóstico en la esquizofrenia. Tenía ítems relacionados con el ajuste premórbido y otros con la sintomatología. Los ítems incluían los modelos de personalidad infantil, el tipo de comienzo, los sucesos precipitantes, los síntomas que presentaban, la duración de la psicosis y el tipo constitucional. Esta escala es posteriormente modificada por Becker en 1955 añadiendo descripciones para las puntuaciones, pero preservando la idea original de Wittman (Chapman y col. 1961, Solomon y Zlotowski 1964, Kokes y col. 1977).

La escala de Elguin tenía algunas deficiencias, por ejemplo, no demostró ser mejor que el estado civil de los pacientes en predecir el pronóstico de la esquizofrenia; las frases que definían cada uno de los puntos de la escala, aunque clínicamente ricas y descriptivas, eran imprecisas y ambiguas; la misma variable era medida, al menos en parte, en varios ítems; algunos ítems interactuaban con la subcultura del paciente lo que podía resultar en interpretaciones pronósticas equívocas (Kokes y col. 1977).

2ª Escala de Medida Pronóstica de Phillips

En 1953 Phillips ideó la segunda y más ampliamente utilizada de las

escalas de ajuste premórbido, la Escala de Medida Pronóstica (Prognostic Rating Scale). La escala de Phillips incluía tres partes: la historia premórbida, los posibles factores precipitantes y los signos del trastorno. En la primera parte se incluyen aspectos sociales de la vida sexual reciente, el ajuste sexual reciente y el ajuste reciente y pasado en las relaciones personales (Phillips 1953). Los investigadores han usado sólo la primera parte de la escala, la historia premórbida, para dividir a los pacientes esquizofrénicos en grupos de buen y mal ajuste. Este procedimiento resultó apropiado a la luz de las distintas investigaciones que demostraron muy poca ganancia en la varianza al añadir las otras dos partes de la escala (Kokes y col. 1977).

Estas fueron las primeras escalas que se desarrollaron, después surgieron otras que iban introduciendo refinamientos metodológicos que se adaptaban a los nuevos conceptos y facilitaban la administración. Entre otras tenemos:

3ª Escala de Competencia Social de Zigler y Phillips.

Fue realizada en 1961 (Kokes y col. 1977). Los autores construyeron su escala basándose en su teoría del desarrollo. El concepto teórico central en esta teoría es que el potencial adaptativo del individuo y su resistencia psicológica para responder a los estresantes medioambientales o recuperarse de las crisis, depende de sus enfrentamientos tempranos a las pruebas de la sociedad asociadas con los sucesivos estados de desarrollo. El cumplir con éxito las pruebas apropiadas para la edad define la madurez psicológica. Los autores demuestran que la competencia social es un indicador global válido del nivel de madurez. Dentro de la competencia social incluyen seis variables: edad, inteligencia, educación, ocupación, historia laboral y estado civil. La Escala de Competencia Social fue desarrollada para medir el funcionamiento premórbido en la población general. Se demostró que era útil para pacientes esquizofrénicos.

4ª Cuestionario Proceso-Reactivo Autoinformado de Ullman-Giovanonni.

Fue desarrollada en 1964, pretendiendo utilizar fuentes de información más estándar que los instrumentos precedentes. Asumía que la capacidad del paciente de funcionar en el futuro estaba altamente correlacionada con el ajuste premórbido (Kokes y col. 1977).

5ª Escala de Ajuste Premórbido Asocial.

Desarrollada por Gittelman-Klein y Klein en 1969 (Premorbid Asocial Adjustmen Scale) para analizar específicamente el ajuste premórbido asocial en esquizofrénicos. Sugieren que el ajuste premórbido asocial es un aspecto crucial del mal funcionamiento premórbido. Fue diseñada para medir las tendencia a encerrarse en sí mismo y al aislamiento y la personalidad premórbida esquizoide asocial durante dos periodos de la vida, la adolescencia temprana y en la adolescencia tardía. Este es un avance importante en la conceptualización del funcionamiento premórbido asumiendo como la anterior el fenómeno del desarrollo. Gittelman y Klein afirmaban que la conducta de aislamiento asocial y a falta de intereses en actividades que signifiquen relacionarse con compañeros está uniformemente asociada con una disminución en la frecuencia de recuperación con éxito en los pacientes esquizofrénicos (Kokes y col. 1977).

6ª Escala UCLA Social Attainment Survey.

Es una escala de ajuste premórbido que se ha visto está muy bien correlacionada con la escala de Phillips sobre todo en varones. En mujeres menos, pues el matrimonio no influye tanto en la escala UCLA (Goldstein, 1978).

Estas son algunas de las más minuciosas escalas premórbidas estudiadas. Todas ellas han mostrado que el mal ajuste premórbido se relaciona con varios parámetros incluidos el resultado del tratamiento, duración de la hospitalización y tipo de síntomas (Cannon-Spoor y col. 1982). Además existen otras escalas

pronósticas que incluyen entre sus ítems una mezcla de variables de ajuste premórbido.

Un buen funcionamiento psicosocial compromete muchos componentes y es difícil conceptualizarlos y definirlos, especialmente en la forma de un instrumento de medida. Además, no siempre está claro qué aspectos de la vida premórbida son más característicos y tienen más poder predictivo en una escala de medida. El desarrollo de instrumentos con múltiples variables fue un intento de concentrar la capacidad predictora específica asociada con cada variable en una puntuación del funcionamiento premórbido global.

La investigación sobre el ajuste premórbido se intentó mejorar con el desarrollo de las escalas, sin embargo en cierta medida se ha encontrado con algunos obstáculos. Por ejemplo, unas escalas dan más peso a unos aspectos del ajuste premórbido que a otros. Los distintos autores han utilizado diferentes puntos de corte en la misma escala para definir los grupos de buen y mal ajuste premórbido. Existían múltiples escalas y una ausencia de criterios estandarizados y operativos entre los distintos instrumentos. La mayoría de las escalas veían el ajuste premórbido como una medida absoluta y no relacionada con la edad del sujeto, fallaban en medir el funcionamiento premórbido específicamente en los distintos periodos de la vida, por ejemplo, la escala de Ajuste Premórbido Asocial de Gittelman-Klein y Klein (1969) que incorpora una continuidad de un nivel de edad a otro en alguno de sus ítems no intenta estimar la función en los adultos. La escala de Phillips se dirige al ajuste sexual en la época adulta bastante después del comienzo de la conducta sexual.

En el verano de 1977, el Center for Studies of Schizophrenia (Centro de Estudios para la Esquizofrenia) creó un taller de trabajo que se dedicó a las dificultades para analizar el ajuste premórbido (Keith y Buchsbaum 1978). El

material de trabajo de este taller procedía de una extensa revisión de la literatura sobre el ajuste premórbido realizada por Strauss, Klorman, Kokes y Sacksteder publicada en la revista Schizophrenia Bulletin en 1977 (Strauss y col. 1977-a,b, Klorman y col. 1977-a,b, Kokes y col. 1977). La Escala de Ajuste Premórbido (Premorbid Adjustment Scale -PAS-) de Cannon-Spoor y col. (1982) fue desarrollada para intentar salvar las dificultades encontradas en las otras escalas que había hasta ese momento y en respuesta a las sugerencias y aparente consenso que salieron a la luz del taller. Los autores querían que la escala cumpliera los siguientes requisitos: 1) fuera útil para propósitos de investigación; 2) conceptualizara el buen ajuste premórbido en términos de las capacidades alcanzadas en las distintas etapas de maduración, que fueron vistas como puntos de referencia necesarios para un funcionamiento saludable; y 3) considerara esas capacidades como pruebas relacionadas con la edad.

La Escala de Ajuste Premórbido (PAS) fue ideada primariamente para medir el grado de éxito en alcanzar una cierta meta de maduración en cada fase de la vida del sujeto. El aislamiento social fue visto como uno de los más claros signos de corte de un mal ajuste premórbido, particularmente si está presente en la adolescencia tardía. La capacidad de intimar sexualmente con otros y la habilidad de funcionar adecuadamente fuera del hogar, en el colegio, por ejemplo, fueron vistas como vitales. La valoración con la PAS no está focalizada en el inicio de la enfermedad, sino en el desarrollo del proceso de maduración normal a través de los diferentes periodos de la vida. Esta es, en la actualidad, la escala más ampliamente utilizada para la investigación del ajuste premórbido en la esquizofrenia. Su validez e importancia predictiva para varios aspectos del curso de la enfermedad fueron confirmados por varios estudios (García-Rivera y col. 1983, Morice y col. 1985, Alvarez y col 1987).

2.5.- EQUIZOFRENIAS DE BUEN Y MAL AJUSTE PREMÓRBIDO: ¿DOS ENTIDADES O UN CONTINUO?

La utilización de las escalas y la distinción conceptual entre buen y mal ajuste premórbido ha demostrado su valor como un método para reducir el alto grado de heterogeneidad que caracteriza a las muestras de esquizofrénicos; como una guía teórica para la selección de variables que probablemente distinguen diferentes formas de esquizofrenia; como un potente predictor del curso de la enfermedad; y como un posible clarificador de los componentes etiológicos del trastorno.

Con el desarrollo de todos estos conceptos surge una cuestión teórica: ¿La esquizofrenia procesual y la reactiva, el mal y el buen ajuste premórbido, son categorías independientes o por el contrario son los extremos opuestos de una misma dimensión? ¿El ajuste premórbido es un continuo o una dicotomía? Si el ajuste premórbido fuera una dicotomía estricta, esto podría sugerir que el buen y el mal ajuste corresponderían al menos a dos distintos trastornos con diferentes causas. De acuerdo con Keith y Buchsbaum (1978), ésta es aún una cuestión abierta que debería ser demostrada empíricamente. De cualquier forma la hipótesis de que el ajuste premórbido identifique dos trastornos distintos parece demasiado simplista.

Aparece una nueva pregunta. ¿Acaso es sólo esquizofrenia aquélla que consideramos procesual, la que tiene un mal ajuste premórbido, la que va a tener un mal pronóstico? El concepto diagnóstico original de esquizofrenia estaba basado en parte en la visión acerca de su curso y pronóstico. Esto ha sido durante mucho tiempo algo central. Kraepelin originalmente concebía la esquizofrenia como una enfermedad no remitente caracterizada por un constante deterioro. Los investigadores de la escuela de Kraepelin se han esforzado por

demostrar que cualquier esquizofrénico que se recupere está mal diagnosticado. Fue precisamente el deterioro inexorable el que condujo a Kraepelin a separar la "demencia praecox" de otras respuestas psicobiológicas al estrés y en 1899 referirse a ella como una entidad diagnóstica diferente. Sin embargo incluso Kraepelin informó que cerca del 10 al 15% se recuperan, y en 1930 Bleuler cede hasta el punto de admitir "mejorías que son prácticamente recuperaciones y que por tanto contradicen el diagnóstico de esquizofrenia" (Vaillant, 1964).

Vaillant en un trabajo de revisión histórica de las esquizofrenias remitentes hace referencia a varios artículos en los que se describen distintos trastornos con distintos nombres, que de alguna forma comparten características con la esquizofrenia y que se recuperan. Entre ellos están los de Bell (1840) que habla de "Manía de Bell", Kraepelin (1913) describe un grupo que llama "excitación catatónica", Kirby (1913) "Síndrome catatónico relacionado con la enfermedad maniaco-depresiva", Mayer-Gross (1924) "estado oniroide", Kasanin (1933) "Psicosis esquizoafectiva", Kraine (1934), Landfeldt (1937) "Estado esquizofreniforme", Gjessing (1938) " Síndrome de Gjessing", Adland (1947) "Psicosis aguda exhaustiva", Leonhard (1960) "Psicosis cicloides". En todos estos grupos de pacientes esquizofrénicos que remiten se describe la existencia de un buen ajuste premórbido (Vaillant, 1964). También se podría incluir entre éstas la esquizofrenia benigna que describe Alonso-Fernández (1979).

2.6.- RELACIÓN ENTRE AJUSTE PREMÓRBIDO Y ESQUIZOFRENIA

El tipo de relación existente entre el ajuste premórbido y el trastorno esquizofrénico está aún por demostrar. Se pueden plantear distintas hipótesis para explicar las alteraciones de ajuste premórbido en la esquizofrenia y su significado:

1.-Las alteraciones del ajuste premórbido podrían ser una manifestación de vulnerabilidad a la esquizofrenia.

2.-Podrían ser una manifestación clínica directa y precoz, o un estadio temprano de la esquizofrenia.

3.-Las alteraciones del ajuste premórbido podrían ser una manifestación de otro trastorno previo a la esquizofrenia, relacionado o no con ésta. Por ejemplo un trastorno de personalidad.

2.6.1.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y VULNERABILIDAD A LA ESQUIZOFRENIA.

Esta hipótesis es sugerida por Strauss y Col. (1977-a). Los distintos modelos de Vulnerabilidad en la esquizofrenia son compatibles con la posibilidad de que las alteraciones del ajuste premórbido sean una manifestación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad de un individuo a cualquier enfermedad determina la facilidad y la frecuencia con que cambios adecuados de la homeostasis desencadenan la enfermedad.

Mednick en 1958 ya mantenía que el individuo preesquizofrénico es anormalmente ansioso, hiperreactivo al estrés y tarda en recuperarse de él. Proponía que la vulnerabilidad del preesquizofrénico a la estimulación relacionada con el estrés incita a una espiral de ansiedad y generalización hasta un grado insoportable. En 1973, Mednick encuentra datos neurofisiológicos que apoyan su hipótesis de una hiperrespuesta autonómica de los preesquizofrénicos. Sin embargo, estos datos no han sido uniformemente demostrados en diversos trabajos (Klorman y col. 1977-b)

Zubin y Spring en 1977 con una estrategia psiquiátrica elaboran su modelo de la Vulnerabilidad al Estrés en la esquizofrenia en el que sugieren que existe un umbral concreto para los estresantes sociales. Este viene determinado por los factores etiológicos de la enfermedad que son desconocidos, la personalidad premórbida del individuo y la red social de que dispone. Ante determinados estresantes sociales, si se supera el umbral referido se desarrollaría el cuadro psicopatológico, bien inicial o bien las recaídas posteriores.

Proponen que todas las personas tienen un grado variable de vulnerabilidad que bajo circunstancias adecuadas se manifestaría como un episodio esquizofrénico. Para estos autores la vulnerabilidad tiene dos componentes fundamentales, uno congénito y otro adquirido. El primero estaría representado por la carga genética y reflejado por el medioambiente interno y la neurofisiología del organismo. El componente adquirido sería debido a la influencia de traumas, enfermedades específicas, complicaciones perinatales, experiencias familiares, interacción social y otros sucesos vitales.

Los factores desencadenantes que alteran la adaptación y que son capaces de provocar pequeñas crisis o incluso episodios de enfermedad pueden ser de origen endógeno y exógeno. Los factores endógenos pueden ser

bioquímicos o neurofisiológicos. Los exógenos se refieren usualmente a los sucesos vitales estresantes. Zubin y Spring no hacen referencia más que al mecanismo de acción de estos últimos. Plantean que cuando el estrés supera un umbral de vulnerabilidad, la persona desarrollaría el episodio psicopatológico y cuando baja por debajo del umbral el episodio terminaría y volvería a su estado de adaptación previo al cuadro psicopatológico. Los sucesos estresantes actuando en el organismo inducen un estado de agotamiento. Se producirían movimientos adaptativos para superar el estrés y contener el agotamiento, pero este sucede cuando fracasan los métodos adaptativos para manejar las situaciones amenazantes (Zubin y Spring, 1977).

Para Zubin y col. (1983) la estructura de la personalidad premórbida no es un elemento que forme parte del núcleo del umbral de vulnerabilidad. La personalidad previa actuaría como variable moderadora interviniendo, junto con la red social y situación física, para amortiguar el impacto del estrés y prevenir un episodio o para permitir que un episodio ocurra.

Interacciones de factores genéticos, orgánicos y psicosociales son asumidos como causantes del desarrollo de una vulnerabilidad específica. Existen tanto durante la fase premórbida como durante los episodios manifiestos de enfermedad y las remisiones de la misma. Estos factores incluyen una reducida disponibilidad de la capacidad de atención, alteraciones en las reacciones neurofisiológicas tales como la conductividad de la piel, los movimientos de seguimiento de los ojos y los déficits de competencia social que son atribuidos a los déficit conductuales y cognitivos (alteraciones en el procesamiento de la información).

Nuechterlein y Dawson (1984) han propuesto más recientemente un modelo de desarrollo de la esquizofrenia, que subraya los factores de

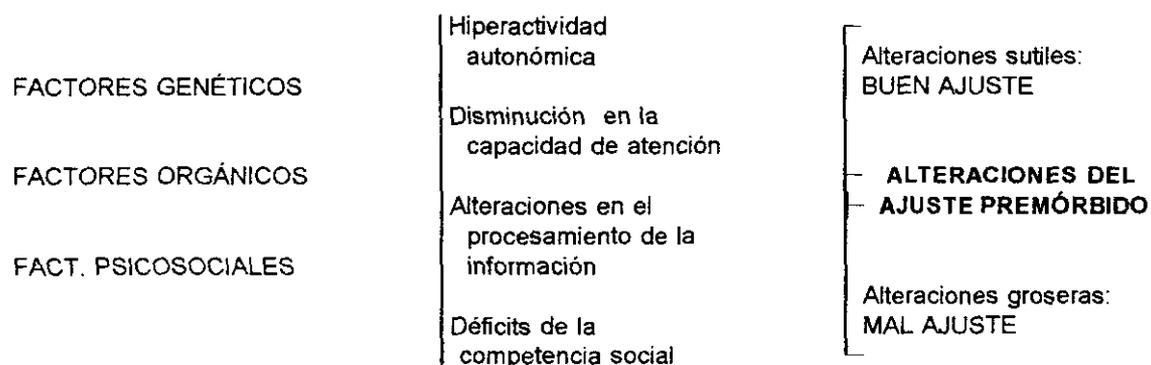
vulnerabilidad/estrés, basado en las concepciones de diátesis o vulnerabilidad al estrés de Meehl (1962) y Zubin y Spring (1977). Consideran la existencia de una serie de factores de vulnerabilidad y protectores personales y medioambientales. Entre los factores de vulnerabilidad personales se encuentran:

- Reducida capacidad de procesar la información disponible. Consideran que las sutiles anomalías en el procesamiento de la información son un componente de la vulnerabilidad transmitido genéticamente. Los mismos autores (Nuechterlein y col. 1992) incluyen dentro de este elemento de vulnerabilidad el trastorno de personalidad esquizotípico.

- Hiperactividad autonómica a los estímulos adversos.

- Un déficit en la competencia social y en las habilidades de afrontamiento. Esta es la patología característica de los trastornos de personalidad evitativo-esquizoide.

Estas características son consideradas como disposiciones que están presentes mucho antes de la aparición de los síntomas psicóticos y resultan de influencias genéticas interactuando con las influencias medioambientales físicas y sociales. Las disfunciones podrían presentarse de forma sutil (pacientes buenos premórbidos) o con manifestaciones más groseras (pacientes malos premórbidos).



El vínculo entre el ajuste premórbido y la vulnerabilidad a la esquizofrenia está también apoyado por otros trabajos (Morrison y Bellack 1987, Erickson y col. 1989, Keefe y col. 1989, Jones y col. 1993), algunos de ellos sobre niños de alto riesgo para la esquizofrenia (Klorman y col. 1977-b, Hartmann y col. 1984, Dowrkin y col. 1991).

2.6.2.- ALTERACIONES DEL AJUSTE PREMÓRBIDO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA PRECOZ DE LA ESQUIZOFRENIA: HIPÓTESIS DEL NEURODESARROLLO

Esta hipótesis también es propuesta por Strauss y col. (1977-a). Supone que las deficiencias en el ajuste premórbido reflejarían los estadios tempranos de la enfermedad. El trastorno psicótico daría como una manifestación más, y muy temprana, el mal ajuste premórbido. Por tanto, éste sería un pródromo de la esquizofrenia. Aunque esta hipótesis es sugerida fundamentalmente por la clínica, no está demostrada empíricamente.

Las escuelas de psiquiatría descriptiva enfatizan en la importancia de los problemas de relación como parte de los síntomas esquizofrénicos. Es posible que estos síntomas puedan reflejar un problema en las relaciones personales que se manifiesta ya en el periodo premórbido. Apoyando esta hipótesis, el trabajo de Carpenter y Strauss (1991) sugiere que el deterioro observado en una sustancial proporción de casos es un proceso que usualmente ocurre en el periodo prepsicótico y temprano en el curso de la enfermedad.

El mal ajuste premórbido de los pacientes esquizofrénicos como manifestación clínica precoz de la esquizofrenia podría, también, ser entendido en el marco de la **hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia**. Esta hipótesis

propone la existencia de una lesión cerebral precoz y no progresiva que podría ser tanto de origen genético como medioambiental. Los efectos cognitivos y conductuales de tal lesión cambiarían con el tiempo a medida que el sistema nervioso se fuera desarrollando y madurando. En el cerebro inmaduro los efectos funcionales serían sutiles con déficits relativamente menores, como por ejemplo una reducción de la respuesta afectiva y de la sociabilidad (mal ajuste premórbido). Sólo cuando el cerebro alcanza la madurez funcional en la adolescencia se hacen manifiestos los síntomas psicóticos (Weinberger 1987, Murray y Lewis 1987, Lewis 1989). Apoyando esta hipótesis del neurodesarrollo está el trabajo de Breier y col. en 1992.

Portanto, las alteraciones del ajuste premórbido serían las manifestaciones precoces, cognitivas y conductuales, de la lesión antes del desarrollo de la esquizofrenia franca (Foerster y col. 1991).

2.6.3.- ALTERACIONES DE AJUSTE PREMÓRBIDO COMO MANIFESTACIÓN DE OTRO TRASTORNO PREVIO AL INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA RELACIONADO O NO CON ESTA

La hipótesis sobre la que intentamos trabajar es precisamente esta: Que las alteraciones del ajuste premórbido podrían ser la manifestación de un trastorno de personalidad o de rasgos anormales de personalidad que se presentan antes del inicio del trastorno psicótico. Que sea cierta puede no invalidar las dos anteriores, pues pueden ser compatibles entre sí. Si el mal ajuste premórbido estuviera relacionado con los rasgos y trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia de forma específica las dos hipótesis anteriores podrían ser válidas. No sería así si el mal ajuste premórbido se relacionara con los rasgos y trastornos de personalidad de forma genérica.

2.7.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

2.7.1.- AJUSTE PREMÓRBIDO COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN LA ESQUIZOFRENIA

La atención a aspectos biográficos de adaptación social premórbida ha demostrado ser de considerable utilidad como indicador pronóstico de la evolución del trastorno esquizofrénico. Esta es la relación más estudiada y más frecuentemente demostrada. Son varios los trabajos, algunos de ellos ya clásicos, que demuestran una clara relación entre el ajuste premórbido y el pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter 1972, 1974, 1977 Evans y col. 1973, Strauss y col 1977-b, Klorman y col. 1977-a, Kokes y col. 1977, Zigler y col. 1979, Cannon-Spoor y col. 1982, García-Ribera 1983, McGlashan 1984-b, 1986-b, Harrow y col. 1986).

El mal ajuste reflejaría la inhabilidad que va a tener el sujeto para recuperarse una vez que ha entrado en la enfermedad manifiesta. Además, en este caso, un buen ajuste premórbido protegería a una persona predispuesta a comenzar con un cuadro esquizofrénico abierto, o si desarrollase la enfermedad su curso sería menos maligno, mientras el mal ajuste no ofrecería tal protección. Dada una vulnerabilidad el sujeto con mal ajuste premórbido tendría menos protección o más riesgo a la enfermedad.

Zigler y col. (1979) dan tres posibles hipótesis que explican la relación existente entre mal ajuste premórbido y peor pronóstico:

-Los pacientes con alta competencia premórbida probablemente aprovecharían más el tratamiento.

-Los sujetos con alto funcionamiento antes del inicio de la psicosis, comparados con los que funcionan mal, es más probable que hayan incorporado los valores de la sociedad y manifiesten más culpa y ansiedad. Así, una solución patológica a los problemas de la vida sería probablemente menos aceptable y esto resultaría en una mejora del pronóstico.

-Los problemas que precipitan el trastorno mental en los pacientes con alto ajuste premórbido serían más circunscritos y solubles.

Strauss y Carpenter (1972, 1974, 1977) concluyen en sus trabajos que el curso de la esquizofrenia y su predicción está formado por varios procesos semi-independientes. Establecen la teoría de los sistemas abiertos-vinculados. Strauss y Carpenter y posteriormente Harrow y col. (1986) proponen que las habilidades ya presentes y la competencia desarrollada previamente en algún área podrían ayudar a un paciente a mostrar algún nivel de adecuación en este mismo área después del inicio de la enfermedad.

Para McGlashan (1986-d) el factor pronóstico de mayor importancia durante la primera década de la evolución del trastorno esquizofrénico es el funcionamiento premórbido. En las siguientes décadas deja su papel a los aspectos ambientales y sintomatológicos y posteriormente a los antecedentes familiares y aspectos de tipo hereditario.

Al considerar el pronóstico y también la actitud terapéutica ante un paciente psicótico, como afirman Cannon-Spoor y col. (1982), se requiere una comprensión y análisis de lo que el individuo era antes del comienzo de la enfermedad, y en qué grado su funcionamiento y desarrollo psicosocial fue dominado antes de que el individuo comenzara enfermo. García-Ribera en 1983 refiere que la valoración del ajuste premórbido no es sólo un indicador pronóstico de la evolución de la esquizofrenia. Indica que el ajuste premórbido también nos

puede servir para determinar cuáles son las metas terapéuticas en cada paciente, valorar la eficacia de los tratamientos, elaborar estrategias preventivas y terapéuticas de las incapacidades instrumentales y sociales, así como para progresar en la clasificación de los trastornos del espectro esquizofrénico.

Una de las dificultades en predecir la evolución con el ajuste premórbido es que éste es sólo uno de los factores que puede influir (Harrow y col. 1986). En los estudios pronósticos de la esquizofrenia hay en la actualidad el acuerdo general de que la evolución es multiforme y debe ser medida por múltiples áreas, tales como los síntomas clínicos, la habilidad laboral, el grado de independencia, los contactos sociales, la competencia social, etc.

Zubin y Spring (1977) y Zubin y col. (1983) postulan que el pronóstico de la esquizofrenia y el ajuste premórbido son factores independientes. Proponen que la conexión entre mal funcionamiento premórbido y el aparente fracaso en recuperarse es un artefacto del diseño de las investigaciones. Sugieren que los pacientes de mal ajuste premórbido no han funcionado nunca bien y que su aparente fracaso en recuperarse después de un episodio esquizofrénico es meramente un reflejo de la vuelta a su mal nivel de funcionamiento prepsicótico.

2.7.2.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y TIPO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA

El ajuste premórbido se ha puesto en relación, en distintos trabajos, con el tipo clínico de esquizofrenia, fundamentalmente el tipo paranoide. Los datos son bastante confusos indicando unos una dependencia entre el subtipo paranoide y el buen ajuste premórbido y otros no encontrando ningún tipo de relación. Lo más frecuente fue lo primero. Como sugieren Klorman y col. (1977-a) y Sorensen y

col. (1988) la confusión puede estar relacionada con las dificultades que surgen al clasificar los subtipos de esquizofrenia, fundamentalmente los no paranoides, pero también los paranoides.

El que exista una dependencia entre los dos factores podría indicar que los síntomas no son aberraciones regresivas, sino que estarían relacionadas con lo que era el paciente cuando no estaba psicótico. A mayor competencia premórbida los cuadros sintomáticos estarían asociados a mayores grados de madurez. También aportaría evidencias en favor de la posición que el trastorno mental representa un proceso continuo en el que el ajuste premórbido y las distintas fases de la enfermedad están interrelacionadas (Zigler y Levine, 1973).

2.7.3.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y FACTORES BIOLÓGICOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Las escalas de ajuste premórbido se han usado en la investigación también como un posible medio de identificar subgrupos biológicamente homogéneos dentro de la heterogeneidad de la esquizofrenia. Aunque los resultados no son concluyentes y en ocasiones son contradictorios, en los distintos trabajos los peores ajustes premórbidos se han asociado con más alteraciones biológicas.

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones que intentaban explorar la hipótesis genérica de que hay mayores aberraciones del **funcionamiento psicofisiológico** en los esquizofrénicos con mal ajuste premórbido, que en los que tienen buen ajuste. Klorman y col.(1977-b) hacen una revisión de estos trabajos.

Aunque algunos demuestran la hipótesis, otros obtenían resultados que señalaban en direcciones muy distintas.

En el campo de la genética, Rosenthal (1970) apunta la posibilidad de un **mayor componente genético** en la etiología de la esquizofrenia procesual que de la reactiva.

Distintos estudios han intentado relacionar el nivel de ajuste premórbido con la **respuesta a fármacos**. En 1970, Goldstein informaba que los fármacos eran efectivos con los esquizofrénicos de mal ajuste premórbido pero que no eran útiles e incluso resultaban deletéreos con los pacientes con buen ajuste premórbido. Un estudio en 1973 de Klein y Rosen encuentra justamente lo contrario, los fármacos fueron menos efectivos con los pacientes con mal ajuste y más efectivos en los de buen ajuste. Keith y Buchsbaum (1978) concluyen que se necesitan más estudios bien controlados para valorar la relación entre el ajuste premórbido y la respuesta a fármacos u otros tipos de terapia

Quitkin y col. (1976) encuentran en un subgrupo de esquizofrénicos procesuales, con mal ajuste premórbido, mayor número de **signos neurológicos blandos** y de **alteraciones de los test de integración auditivo-visuales**, así como **peores resultados en la escala WAIS** de inteligencia, de forma significativa que en otros subgrupos de esquizofrénicos. Los pacientes no estaban en tratamiento neuroléptico por lo que descartaban el conocido efecto farmacológico sobre la exploración neurológica. La proporción de signos neurológicos blandos que encontraron en el grupo de esquizofrénicos que no tenían mal ajuste premórbido no difería del de otros grupos de pacientes psiquiátricos tales como los que padecen trastornos afectivos. Quitkin y col. (1976) acaban sugiriendo la existencia de daño cerebral en los esquizofrénicos con mal ajuste premórbido o procesuales.

También parece que hay datos bastante concluyentes en la relación entre mal ajuste premórbido y atrofia cerebral o **alteraciones estructurales del sistema nervioso central** (Johnstone y col. 1976, Weinberger y col. 1980 y Williams y col. 1985). Weinberger y col. (1980) encuentran una clara asociación entre el alargamiento de los ventrículos laterales y la dilatación de los surcos cerebrales y el mal ajuste premórbido. Incluso en una muestra de individuos con mal ajuste premórbido, las anomalías encontradas en el TAC. diferencian significativamente aquellos subgrupos más trastornados en su ajuste premórbido. Estos mismos autores también informan de mayores alteraciones en los movimientos de seguimiento ocular en los sujetos de mal funcionamiento premórbido.

Estas alteraciones morfológicas del SNC. encontradas en pacientes esquizofrénicos son poco específicas. Sin embargo no deben ser consideradas como el proceso patológico en sí, sino el resultado de otros procesos subyacentes que si pueden ser específicos.

A la luz de estos resultados la pregunta que se nos plantea es que si en el espectro total de la esquizofrenia ¿habría 2 extremos, uno en el que los pacientes tendrían un mal ajuste premórbido y un "cerebro dañado" (Quitkin y col. 1976), y otro en el que los pacientes tendrían un buen ajuste premórbido y no existirían alteraciones biológicas demostrables?

2.8.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y OTRAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Strauss y col. (1977-a) y Klorman y col. (1977-a) apuntan que el ajuste premórbido no es un antecedente específico de la esquizofrenia sino que podría representar una característica común a todas las categorías diagnósticas. Si fuera así, el funcionamiento premórbido debería reflejar no un subtipo de un diagnóstico específico, sino que representaría una dimensión diagnóstica de importancia general para la psicopatología.

El ajuste premórbido puede, en realidad, demostrar una propiedad común para muchos otros trastornos, al menos en términos de pronóstico. Phillips y Ravinovitch (1958) son los primeros que sugieren esta posibilidad en estudios de ajuste premórbido en alcohólicos. Strauss y col. (1977-a) también apoya la importancia pronóstica del ajuste premórbido en un amplio rango de trastornos psiquiátricos diferentes de la esquizofrenia. De la misma forma Zigler y col. en 1979 hacen referencia a algunos trabajos propios en los que argumentan que la relación entre ajuste premórbido y pronóstico no es única para la esquizofrenia. Conceptualizan la competencia premórbida como una marca de madurez personal y social que debe valorarse como una dimensión diagnóstica más en cualquier trastorno psiquiátrico. Por otro lado Zigler y col. (1979) encuentran que la esquizofrenia y los trastornos de personalidad ocupan el mismo segmento en la parte inferior del continuo de la competencia social premórbida.

Hay otros autores, como Bromet y col. (1974) que encuentran datos en contra de esta hipótesis, es decir, que las propiedades predictoras del ajuste premórbido sean las mismas para los trastornos esquizofrénicos que para otros trastornos psiquiátricos.

3.- PERSONALIDAD PREVIA DEL ESQUIZOFRÉNICO

3.1.- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad son posiblemente el grupo menos estudiado de los trastornos mentales. Aunque el concepto de trastorno de personalidad tiene una historia muy antigua, no se han empezado a realizar estudios sistemáticos hasta hace poco. Mulder (1991) apunta en su artículo algunos trabajos que comparan la riqueza de datos para los trastornos afectivos y otros trastornos mentales, con la pobreza de información acerca de los t.p. Se conoce muy poco acerca de su etiología, patogénesis o historia natural. La fiabilidad de los diagnósticos permanece problemática debido a la dificultad de identificar indicadores válidos y por el efecto de confusión producido por los límites y los solapamientos entre los distintos trastornos, los estados, los roles y los rasgos (Widiger y Frances, 1989 y Gorton y Akhtar, 1990)

La evidencia disponible sugiere que son altamente prevalentes en los espacios psiquiátricos y consumen una significativa proporción de recursos de salud mental. Consecuentemente la psiquiatría no puede ignorar los t.p. y conocerlos es esencial para la práctica clínica efectiva (Mulder, 1991).

Todavía en la actualidad el trastorno de personalidad permanece como un término menospreciado, y al individuo que lo padece no se le tiene en mucha consideración. Durante muchos años ha sido investido con las cualidades negativas de la degeneración -Koch 1891-, intratabilidad -Maudsley 1868- y el conflicto -Henderson 1939- (Tyrer y col., 1991). Es cierto que la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos pueden ser interpretados como etiquetas peyorativas, pero al menos entidades como la esquizofrenia y la depresión tienen el estatus

compesatorio de ser reconocidas como enfermedades. Tiende, por otro lado, el t.p. a ser un diagnóstico de desesperación.

La ambivalencia a cerca del concepto de trastorno de la personalidad alcanza a muchos profesionales de la psiquiatría. "Cuidados, simpatía y tolerancia son dados en abundancia si el paciente es visto como padeciendo una enfermedad pero cuando el trastorno es considerado como de la personalidad, la conducta del sujeto es considerada como deliberadamente difícil, maliciosa o manipulativa y se producen juicios de valor" (Tyrer y col., 1991).

3.2.- DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Aunque el concepto de personalidad está bien establecido, es muy difícil de definir, sobre todo es casi imposible de sintetizar en una descripción sencilla sin sobresimplificarlo. Definir los trastornos de personalidad presenta iguales dificultades y todas las definiciones pierden importantes elementos.

La personalidad está sujeta a conceptualizaciones ambiguas. Por un lado connota las cualidades humanas de las personas, sus motivaciones, porqué se comportan como lo hacen. Por otro lado personalidad implica todo eso que es único para cada individuo, los pensamientos y conductas que le diferencian del resto de los hombres e incluso de los miembros de un mismo grupo social y biológico (Burnham, 1968).

Los trastornos de personalidad incluyen conductas y actitudes persistentes y anormales (desviadas de la norma), estrés subjetivo y dificultades en las relaciones interpersonales. Esto último es considerado por muchos como lo más importante pero es difícil de interpretar; el que sufre no es necesariamente el que

está trastornado. Desde los tiempos de Schneider se ha subrayado que los trastornos de la personalidad deben ser juzgados por sus efectos sobre otros. Schneider (1974-1923) los definió como *"aquellas personas que sufren por sus anormalidades o que hacen sufrir al resto de la sociedad"*. La sociedad por tanto impone su propio criterio en la definición de los trastornos de la personalidad. Esto es a menudo insatisfactorio, particularmente cuando la sociedad de la que las relaciones o conductas normativas surgen es anormal en sí misma (Tyrer y col. 1991).

Las definiciones de los trastornos de personalidad con las que hemos trabajado son las que dan las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. Así el DSM-III-R los ha descrito como *"modos inflexibles y desadaptados de percibir, pensar y relacionarse con el medio ambiente y con uno mismo, que causan una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva. Tales trastornos no son secundarios a otro síndrome psiquiátrico reconocible. A menudo son reconocidos desde la adolescencia o inicio de la vida adulta y son característicos del sujeto durante la mayor parte de su vida"* (APA, 1987).

La CIE-10 los describe como *"formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. Aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos"* (OMS, 1992).

3.3.- HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A lo largo de la Historia se han hecho muchos intentos por comprender la enfermedad mental y su relación con las características de las personas que la padecían. El desarrollo del pensamiento científico ha seguido un orden cronológico, encargándose en primer lugar de estudiar lo que halla más alejado del hombre, lo cosmológico, el perimundo físico, para después ocuparse de lo más próximo, primero su propio cuerpo y por último sus interrelaciones sociales y su personalidad. Es por esto que hasta nuestro siglo no se han desarrollado con mayor profundidad las distintas teorías de la personalidad y la enfermedad mental.

En un área de estudio, como el de la personalidad, en la que la conceptualización y la teoría juegan un papel importante fue inevitable que la filosofía ejerciera una influencia fundamental.

Los trastornos de personalidad han sido reconocidos en muchas culturas desde tiempos tempranos. Los Griegos al plantear las cuestiones básicas de la relación entre el cuerpo y la mente comenzaron una línea de pensamiento que resultó en la primera y más duradera tipología de la personalidad, la doctrina de los temperamentos. Fue Empédocles (aprox. 490-430 a. de C.), un médico siciliano, quien elaboró la teoría de los cuatro elementos, que se convirtió en la base de las doctrinas fisiológicas y psicológicas de los hipocráticos. Según esta teoría, los cuatro elementos fundamentales, el fuego, la tierra, el agua y el aire representaban otras cuatro propiedades básicas, el calor, la sequedad, la humedad y el frío respectivamente.

Hipócrates 460-377 a. de C. aplicando esta teoría al cuerpo humano lo describía compuesto de cuatro humores, sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra

cuya localización fundamental era el corazón, cerebro, hígado y bazo. Toda la patología hipocrática se basaba en el concepto de armonía, de homeostasis entre los humores. Se consideraba como causa fundamental de enfermedad el desequilibrio entre estos humores. Los hipocráticos fueron más lejos todavía intentando describir la personalidad en términos de sus teorías humorales, hablaban así de personas coléricas (irritables y hostiles), flemáticas (apáticas), sanguíneas (optimistas y extrovertidas) o melancólicas (pesimistas) según el predominio de uno u otro humor en su constitución. Hipócrates creía que la forma general del cuerpo humano revelaba rasgos de personalidad (Alexander 1970, Roccatagliata 1991).

La doctrina de los temperamentos alcanza su forma final con Galeno (131-201 d. de C.). Dentro del contexto de una gran teoría sobre la etiología de las enfermedades, Galeno describe 9 tipos de temperamento representando las distintas combinaciones de "predominancia" y "balance" entre los cuatro humores. Habla explícitamente de la influencia de los humores en las diferencias individuales de la personalidad. La descripción de Galeno de cada temperamento incluye tanto la constitución física como la personalidad (Burnham, 1968).

Todavía en nuestra época, ya lo veremos más adelante, han existido múltiples intentos de establecer perfiles de personalidad basados en teorías fisiológicas. Aunque las concepciones hipocráticas sobre los humores supusieron un peso difícil de mover durante muchos siglos en el estudio científico del ser humano, en su época supusieron un cambio radical, pasando de una concepción animista de la naturaleza y su funcionamiento a una concepción racionalista.

Entre los siglos IV-III a. de C. el filósofo Teofrasto realizó un estudio descriptivo de los distintos caracteres. Describió los caracteres de una forma paralela a nuestros modernos sistemas de clasificación. En sus descripciones no

hay sugerencia de enfermedad en los distintos tipos de personalidad que menciona, sólo que son diferentes de los tipos normales (Burnham 1968, Vaillant y Perry 1989, Tyrer y col. 1991).

Descripciones similares a las de Teofrasto fueron llevadas a cabo en las culturas asiáticas, arábicas y célticas y casi todas apuntaban que las características que separaban a estos individuos de los normales eran desagradables. Por tanto un elemento de juicio social, invariablemente, entra en los conceptos básicos de las primeras descripciones de los trastornos de personalidad. También se asumía que los poseedores de tales características eran responsables de ellas y debían pagar las consecuencias de sus conductas asociadas (Tyrer y col. 1991).

Entre las teorías místicas, los brahmanes (s. II a. de C.) hacían referencia a ciertas características de personalidad y las localizaban en el interior del cuerpo, así por ejemplo la ignorancia se localizaba en el abdomen, las pasiones en el pecho y la bondad en el cerebro (Alexander, 1970).

En el mundo Clásico de los Griegos, Aristóteles estudiaba el cabello, los miembros y otras partes del cuerpo para obtener datos sobre el carácter. Por ejemplo, creía que la nariz era especialmente reveladora de la personalidad del individuo (Alexander 1970).

Durante los siglos transcurridos entre la caída del Imperio Romano y el Renacimiento, tuvo lugar no sólo una detención casi completa, sino una regresión general hacia las creencias mágicas, místicas y demonológicas, es decir, al tipo de pensamiento irracional existente antes del siglo VI a. de C. del que se había liberado el hombre gracias a los Griegos. La psiquiatría de la Edad Media apenas puede distinguirse de la demonología primitiva. Fueron los religiosos en sus

monasterios y los árabes los que conservaron las enseñanzas y formas de pensar de los griegos y los romanos.

El Renacimiento supuso la reorientación del hombre. Este volvió a confiar en la razón y en la búsqueda de la verdad por sus propios medios. Se restableció el principio fundamental de la observación objetiva. Durante este periodo la fisionomía continuó siendo un medio importante para el diagnóstico de las características psicológicas. Los médicos tendían a reintroducir el sistema Hipocrático-Galénico usualmente la forma simplificada de sólo 4 temperamentos: colérico, sanguíneo, flemático y melancólico. La doctrina de los humores como causa de enfermedad y salud, así como de rasgos de personalidad va a persistir en la medicina virtualmente hasta el siglo XIX (Burnham, 1968)

No obstante, a pesar de los avances técnicos y científicos del Renacimiento, la superstición y la magia continuaron ejerciendo una influencia tan fuerte como siempre. No olvidemos que los enfermos mentales eran perseguidos por brujería. De hecho, la adivinación astrológica fue aun más popular durante esta época que en las anteriores. Los hombres tenían curiosidad sobre lo que iba a suceder en su futuro. También les gustaba saber cómo era su personalidad y su carácter. La astrología y otras artes adivinatorias combinaban la predicción con la adivinación de las características de la personalidad. La quiromancia, lectura de las líneas de la mano, que probablemente surgió en China se hizo muy popular en el Renacimiento. Los quiromantes sostenían que la forma y tamaño de los diversos surcos de la mano de una persona revelaban las características de su personalidad (Alexander, 1970).

Mediante los esfuerzos de los grandes científicos y filósofos del siglo XVII, la enfermedad mental se libera de la superstición y de los errores dogmáticos. Esto sucedió al comenzar a confrontar el razonamiento inductivo basado en

observaciones objetivas y meticulosas de enfermos mentales con el juicio intuitivo. Merece la pena destacar al menos un pensador de esta época, Spinoza (1632-1677) que fue capaz de socavar el principio cartesiano de la dicotomía mente-cuerpo y establecer la validez del concepto holístico del organismo. Durante la Ilustración se continuaba con los dogmáticos conceptos y las especulaciones químicas sobre los humores hipocráticos.

Lavater (1741-1801), un clérigo, se dedicó al diagnóstico del carácter basándose en los rasgos faciales. Franz Gall (1758-1828), médico alemán, estaba consagrado al estudio del cerebro. Encontró una correlación entre las tendencias conductuales observadas con ciertas configuraciones cerebrales específicas. No solo creía que las funciones del cerebro podían ser localizadas en el mismo, sino también que los rasgos del carácter podían relacionarse con ciertas zonas cerebrales. Llegó a listar 27 rasgos básicos o tendencias de la personalidad para las que encontró "órganos" cerebrales. Creía que la palpación de las prominencias y depresiones del cráneo podía ser un método para leer el carácter (Alexander, 1970). Mientras Lavater ve el funcionamiento físico como una expresión del carácter, Gall veía el carácter como una expresión de la fisiología cerebral (Burnham, 1968).

La primera separación clínica de los trastornos de la personalidad de las enfermedades mentales fue llevada a cabo por Pinel poco después de la Revolución Francesa. En su obra describe "la manie sans delire" y con ello surge la noción de conductas bizarras en presencia de otros procesos de razonamiento normales. Esto ha permanecido como piedra angular en el diagnóstico de los trastornos de personalidad hasta hoy día (Vaillant y Perry, 1989, Tyrer y col., 1991).

La comprensión de la personalidad anormal creció también gracias a la

obra de Pritchard (1786-1848), un médico inglés que el 1837 en su *Treatise on Insanity*, dedicó una gran atención a lo que llamó "insania moral". Basándose en el concepto de degeneración, consideraba la actitud antisocial como una forma de locura, lo que quizá sea el precedente del actual trastorno de personalidad antisocial (Alexander 1970, Alonso-Fernández 1979, Vaillant y Perry 1989).

Koch, psiquiatra alemán, en 1881 introdujo el concepto de "inferioridades psicopáticas" para designar toda irregularidad psíquica que influye sobre el hombre en su vida personal ya sean congénitas o adquiridas, que no constituyen una enfermedad mental en sentido estricto. Koch también incluye entre estas inferioridades psicopáticas la oligofrenia (Alonso-Fernández 1979, Yllá 1993).

Moëbius en 1900 considera la psicopatía como una alteración degenerativa del SNC. La define como una "variante morbosa de la norma" (Alonso-Fernández, 1979).

En 1907 Kraepelin describió en su manual cuatro tipos de personalidades psicopáticas: el criminal nato, el inestable, el metroso y tramposo mórbido y el pseudoquejumbroso.

En el ámbito clínico uno de los sistemas de comprensión y clasificación de los trastornos de personalidad más extendidos fue el de K. Schneider. Publicó por primera vez en 1923 su libro *Las Personalidades Psicopáticas* (Schneider 1974-1923). En él define a las personalidades psicopáticas como aquellas personalidades anormales que a causa de su anormalidad, sufren ellas mismas o hacen sufrir a los demás en la sociedad. Son personalidades anormales en el sentido estadístico, es decir, en cuanto a variante desviada del término medio. Para Schneider el origen de los trastornos de personalidad es fundamentalmente constitucional. Los considera trastornos estables no modificables ni biológica ni

psicológicamente.

Las aportaciones de Schneider supusieron un gran avance. Hemos visto como los trastornos de personalidad habían sido descritos como una predominancia de un humor, como una forma de degeneración biológica, como una inferioridad constitucional, o como un proceso indeseable desde el contexto social y ético. Schneider sin embargo, afronta el estudio de las psicopatías con un criterio psicológico y prescinde de las valoraciones degenerativas y sociales. Ya no aparecen las psicopatías como una inferioridad cerebral, sino como una anomalía del carácter (Alonso-Fernández, 1979).

El psicoanálisis realizó un esfuerzo por comprender los trastornos de personalidad desde un punto de vista ambiental más que constitucional. Entre las primeras aportaciones psicoanalíticas a los trastornos de personalidad actuales está el trabajo de Freud en 1908 titulado "Carácter y Erotismo Anal". En esta publicación define las características de lo que luego se ha dado en llamar t.p. obsesivo. Para Freud los rasgos permanentes del carácter son continuaciones invariadas de los instintos primitivos, sublimación de los mismos o reacciones contra ellos (Freud, 1908-1988).

Reich en 1930 aportó su obra "Character Analysis", siendo el primero en popularizar la aplicación de métodos psicoanalíticos al tratamiento de trastornos manifiestos de la personalidad (Vaillant y Perry 1989).

Del psicoanálisis surge un esquema clasificatorio de gran influencia clínica. En el se distinguen las personalidades depresivas, fóbicas, masoquistas, narcisistas, histéricas y obsesivo-compulsivas cuyo origen lo sitúan en las edades tempranas del desarrollo del niño.

Los problemas de la personalidad han figurado menos prominentemente en los escritos de la teoría conductual que en la literatura psicológica como conjunto. La personalidad implica patrones coherentes de individualidad. La preocupación por el aprendizaje puede conducir a no tener en cuenta las diferencias innatas, que sería el punto lógico de partida para cualquiera que desee estudiar sobre las diferencias entre los seres humanos. En 1948, Spence introduce una útil y discutida distinción del esquema Estímulo-Respuesta, el Estímulo-Organismo-Respuesta. Subrayaba que las variables respuesta son determinadas no solo por los estímulos sino también por las variables del organismo. Dentro de ellas están las variables que pueden cambiar más o menos gradualmente pero que permanecen relativamente fijas durante años. Representan el resultado de un proceso de aprendizaje. Son lo que se podría llamar hábitos, actitudes o disposiciones. También hay otras variables del organismo que son diferentes para cada individuo pero que se mantienen a lo largo de la vida de cada sujeto. Son las predisposiciones congénitas o constitucionales a cada tipo de conducta. Las variables que tienen que ver con la personalidad son claramente estas dos categorías descritas (Berlyne, 1968).

Pavlov (1849-1936) con su concepto mecanicista del comportamiento llegó a una clasificación de los tipos de personalidad que se basaba en el tipo de respuesta a los estímulos irritantes. Los denominaba "Los Tipos de Sistema Nervioso". Describe cuatro tipos de personalidad representando diferentes segmentos de un continuo que va desde el extremo en el que predominan los procesos excitatorios (coléricos, sanguíneos) hasta el otro en el que predominan los procesos inhibitorios (flemáticos, melancólicos). Su clasificación estaba claramente influida por los tipos hipocráticos de personalidad, pues hablaba de las reacciones melancólicas y de las coléricas, de las actividades reflejas relativamente rígidas de los flemáticos y de las particularmente lábiles de los sanguíneos (Alexander, 1970).

Pavlov, posteriormente, poco satisfecho con la clasificación unidimensional anterior desarrolla otra nueva para distinguir las diferencias individuales según tres ejes: fortaleza (fuerte-débil), balance (excitación-inhibición) y movilidad (móviles-inertes). Esto significaba que podía haber hasta 24 tipos diferentes de personalidad. (Berlyne, 1968).

Eysenck en 1947 identificó dos factores mayores de personalidad denominados neuroticismo e introversión-extroversión. Posteriormente, en 1952 incluyó una tercera categoría, el psicoticismo. Propone que la conducta de las personas puede explicarse atendiendo a esas tres dimensiones a lo largo de las cuales todos ocupamos una posición. Sugiere que la conducta humana, normal o anormal, se debe tanto a mecanismos de aprendizaje como a la influencia de factores biológicos. Eysenck es uno de los autores que más ha trabajado sobre la personalidad desde la perspectiva dimensional y desde el punto de vista de la teoría de la conducta.

Entre los autores españoles, Alonso-Fernández (1979) define la psicopatía como *"una personalidad desequilibrada, cuyo desequilibrio tiene una raíz anclada en el fondo endotímico-vital que produce fuertes impulsos agresivos"*. Es Alonso-Fernández quien en su Fundamentos de la Psiquiatría Actual, publicado por primera vez en 1968, hace la primera revisión crítica sistemática al trabajo de K. Schneider sobre la psicopatía. Basándose en la estructura endotímica de la personalidad distingue 6 tipos básicos de psicópatas: el hipertímico, el depresivo, el impulsivo, el explosivo, el lábil afectivo y el atímico. Alonso-Fernández los considera enfermedades y no desviaciones anormales.

En los últimos años la investigación sobre los trastornos de personalidad ha crecido de una forma vertiginosa, fundamentalmente debido al desarrollo de criterios diagnósticos precisos para cada trastorno de personalidad. El desarrollo

de estos criterios ha supuesto un aumento de la fiabilidad en los diagnósticos y como consecuencia un aumento del interés en este tema insoslayable para la psiquiatría.

El crecimiento tan importante en este ámbito de trabajo se ha visto materializado. Han surgido multitud de publicaciones en distintas revistas de la especialidad, se han editado un gran número de monografías, y en 1987 se empezó a publicar una revista internacional especializada en los trastornos de personalidad, el *Journal of Personality Disorders*.

Dentro de la investigación de los trastornos de personalidad ha habido, por decirlo de algún modo, dos grupos, dos líneas de trabajo. La psicodinámica con preocupaciones en la estructura y desarrollo de la personalidad y de los fenómenos intrapsíquicos. Y la científica ocupada con las descripciones exactas y fiables de la conducta, que ha dado lugar a los distintos criterios operativos para diagnosticar los trastornos de la personalidad, y a las diferentes clasificaciones dimensionales de la personalidad.

3.4.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Las clasificaciones en medicina han sido una preocupación fundamental. El principal uso de una clasificación de trastornos es recoger fenómenos, comprender causas y predecir resultados y, particularmente con respecto a la función etiológica y predictiva, un paciente debería idealmente ser asignado a una categoría concreta. Aunque las categorías tienden por definición a ser parte del proceso clasificatorio, un sistema categorial puede ser suplementado por información dimensional complementaria (Dowson y Berrios, 1991).

Los trastornos de personalidad en contraste con los síndromes clínicos han sido muy resistentes a una clasificación satisfactoria. Durante muchos años ha habido un bochomoso fracaso en alcanzar definiciones comunes que pudieran ser aceptables tanto en la práctica clínica como en la investigación. En parte ha sido debido a que las distintas escuelas teóricas han ofrecido en este terreno conceptos diferentes y puntos de vista muy dispares. Algunas de esas dificultades han sido superadas en los últimos años por el desarrollo de sistemas clasificatorios con criterios más o menos validados para cada trastorno y de entrevistas estructuradas para el análisis de la personalidad. Por otro lado, en los años precedentes ha habido un aumento del interés en el diagnóstico de las alteraciones de la personalidad.

La psiquiatría como una rama de la medicina ha tenido interés en la clasificación de los trastornos de personalidad incluso desde que los antiguos griegos identificaron los cuatro temperamentos, cada uno asociado con uno de los cuatro humores. La psicología también tiene una larga historia de investigación en la teoría de la personalidad, su medida y clasificación, pero con una metodología que ha sido bastante diferente de la usada en psiquiatría. Con sólo pocas excepciones los psicólogos se han enfocado en las teorías

psicométricas y las clasificaciones dimensionales de las poblaciones normales, mientras la psiquiatría se ha preocupado primariamente con las clasificaciones categóricas de las poblaciones clínicas (Widiger y Frances 1985).

La investigación psicométrica ha fracasado en encontrar un límite claro entre estilos de personalidad o entre los rasgos de personalidad adaptativos y maladaptativos. Los modelos dimensionales tienen la ventaja de dar información más flexible, específica y comprensible, mientras los sistemas categóricos tienden a perder información y resultan en dilemas clasificatorios cuando el paciente no cumple los límites de las categorías. Los que aconsejan el modelo categórico han sugerido que un sistema dimensional impediría un esfuerzo de descubrir y validar síndromes discretos y causas específicas. Sin embargo un modelo dimensional podría facilitar la investigación al proveer una escala de medida que tiene más poder en detectar las relaciones empíricas que la escala nominal del sistema categórico. Un sistema categórico es admitidamente simple y fácil de emplear, pero su simplicidad puede ser inapropiada para la complejidad inherente en clasificar los múltiples y solapados rasgos de personalidad maladaptativos. El debate entre el modelo dimensional y el categórico es un problema familiar en psiquiatría (Widiger y Frances 1985, Tyrer y Ferguson, 1987, Widiger y col. 1987).

3.4.1.- CLASIFICACIONES CATEGORIALES

Los sistemas clasificatorios actuales han continuado la tradición médica de emplear un modelo categórico, lo que no implica la solución del problema. No hay todavía consenso de cual es la mejor aproximación a los trastornos de personalidad. A pesar de estas dificultades aparentemente insuperables, la importancia de los trastornos de personalidad es ampliamente reconocida. La

relación entre trastornos de personalidad y síntomas, pronóstico y respuesta al tratamiento es evidente y con los sistemas actuales de clasificación multiaxial se le da un reconocimiento formal al incluirlos en un segundo eje.

a) Clasificación de Schneider

La categorización de los trastornos de personalidad no recibe un apoyo firme hasta el tiempo de Schneider. Su clasificación basada en observaciones clínicas descrita en su libro "Las Personalidades Psicopáticas" (Schneider 1974-1923) fue publicada por primera vez en 1923. Junto con trabajos similares de Kanh, Kraepelin y Kretschmer suponen la fundación de las clasificaciones internacionales actuales (Tyrrer y col. 1991).

Schneider considera la personalidad como una de las tres facultades básicas del sujeto junto con la inteligencia y la vida de los sentimientos. La personalidad anormal la define como aquella que se desvía de un tipo medio, por tanto entre lo normal y lo anormal existen transiciones y no un límite claro. Este concepto esencialmente estadístico de la desviación de la personalidad incluía a mucha gente que no era considerada mentalmente enferma. Las intervenciones psiquiátricas estaban solo justificadas si la personalidad anormal resultaba en sufrimiento. Schneider definía como psicopáticas aquellas personas que sufrían por su anormalidad o cuya anormalidad hacía sufrir a los demás. En contraste a Kretschmer, Schneider no veía los trastornos psicopáticos como precursores de otras enfermedades mentales sino que las concebía como entidades separadas que covariaban con ellas. Este autor distingue once trastornos de personalidad diferentes: los psicópatas hipertímicos, los depresivos, los inseguros de sí mismos, los anacásticos u obsesivos, los fanáticos, los necesitados de estima, los lábiles de ánimo, los explosivos, los desalamados, los abúlicos y los asténicos (Schneider 1974-1923).

b) Primeras clasificaciones internacionales

Poco progreso se ha hecho desde la tipología de la personalidad descriptiva de Schneider. Muchos de sus puntos de vista y la mayoría de sus tipos psicopáticos fueron posteriormente incluidos en la **Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. (CIE)**. En América la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con su **segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-II)** siguió a las deficiones y clasificación de la ICD excepto por pequeñas modificaciones. La primera y segunda edición del DSM de la APA. estuvieron fuertemente influidas por la teoría psicoanalítica y por el modelo médico (Vaillant y Perry, 1989). El DSM-II dividía la clase de los trastornos de personalidad en 10 entidades clínicas: personalidad paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, obsesivo-compulsiva, histérica, asténica, antisocial, pasivo-agresiva e inadecuada. Sin embargo, aquellas categorías y definiciones no satisfacían las necesidades de los clínicos e investigadores. En Europa, como hemos referido el sistema de clasificación estaba basado en las personalidades psicopáticas de Kurt Schneider. Este sistema algo modificado aparece en la **novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)**. Las descripciones ofrecidas por Schneider, como las del DSM-II, no ofrecían criterios explícitos para el diagnóstico y su uso efectivo dependía del juicio y habilidad del clínico.

De acuerdo con el modelo médico ambas clasificaciones, la europea y la americana, consideran los trastornos de la personalidad como si reflejasen entidades diagnósticas discretas. Las dos primeras ediciones del DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana, y las distintas revisiones del capítulo de los trastornos mentales de la OMS. requerían que el clínico hiciera la dicotomía acerca de si un trastorno específico de personalidad estaba presente o no. Si un clínico decidía que el diagnóstico no se cumple no había manera de indicar la presencia de rasgos de personalidad maladaptativos. Esto ha sido una importante limitación ya que la mayoría de los clínicos estarían de acuerdo en que los rasgos

significativos de sujetos que no cumplen los criterios integros para un trastorno de personalidad específico son relativamente más frecuentes que los trastornos en sí mismos.

c) DSM-III

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana publicó la **Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)**. Por primera vez se incorporaba en un sistema oficial de clasificación de trastornos mentales una tipología orientada por criterios, con reglas de decisión fijas y un enfoque multiaxial de la evaluación diagnóstica. Esto supuso una revolución en la clasificación de los trastornos de personalidad y un aumento tremendo del interés de los clínicos por este tipo de alteraciones.

La organización por criterios en el DSM-III para el diagnóstico de los trastornos de personalidad (t.p.) posee muchas mejoras sobre las definiciones vagas y con prejuicios teóricos de las ediciones previas del DSM. Se debe reconocer sin embargo, que los conjuntos de criterios para los trastornos de personalidad representan una colección de perspectivas teóricas y metodológicas diferentes y a veces opuestas y fracasan en alcanzar los adecuados niveles de fiabilidad interevaluador (Widiger y Frances, 1985).

El uso de criterios específicos contribuye significativamente a mejorar el diagnóstico de la personalidad maldaptativa, y hace que se encuentre un mayor acuerdo interevaluadores. A pesar de esto el eje II obtiene los coeficientes de acuerdo más bajos de todo el sistema.

La diferenciación entre síntomas y carácter es un tema de preocupación tanto para la psiquiatría europea como para los autores psicoanalíticos (Alnaes y Torgersen, 1988). Sin embargo, hasta la llegada del DSM-III en 1980 no había

un sistema diagnóstico que explícitamente recomendase hacer un diagnóstico separado e independiente del trastorno sintomático y del trastorno de la personalidad. La estructura multiaxial del DSM-III asume la posible independencia de los síndromes psiquiátricos, de los trastornos de personalidad, enfermedades físicas, estresantes psicosociales y la función adaptativa. Al proponer el DSM-III un sistema de diagnóstico multiaxial permite combinar los trastornos psiquiátricos con los trastornos de personalidad, eje I y eje II respectivamente. De esta forma se resalta la importancia de los trastornos de personalidad reconociendo la coexistencia y la posible contribución a los otros trastornos codificados en el primer eje. Esta consideración surge de evidencias clínicas que se han ido acumulando con el tiempo, de que la cantidad y calidad de las alteraciones de la personalidad preexistentes pueden influir en la predisposición, manifestación, curso y respuesta al tratamiento de algunos de los diagnósticos del eje I (Frances, 1980).

Al pasar del DSM-II al DSM-III se formaron nuevas categorías para el eje II: Los trastornos esquizotípico, límite, evitativo y dependiente. Otros se anularon y otros fueron movidos a otra parte de la clasificación. Hubo un flujo bidireccional entre los trastornos sindrómicos y los trastornos de la personalidad. La esquizofrenia latente paso a ser un trastorno del eje II como t.p. esquizotípico. Sin embargo, la personalidad ciclotímica paso al eje I formando parte de los trastornos bipolares. Esta inconsistencia fue duramente criticada por Frances (1980).

Todas las categorías que formaban los once trastornos se agruparon inicialmente y según la impresión clínica en tres subgrupos: Un primer grupo formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico que es el caracterizado por las conductas **excéntricas y extrañas**. Un segundo grupo integrado por los trastornos histriónico, antisocial, narcisista y límite. Se

caracterizan por las conductas de naturaleza **errática, dramática y emocional**. En el tercer grupo se incluyeron los trastornos evitativo, dependiente, compulsivo y pasivo-agresivo que son los que se caracterizan por la conducta **ansiosa o de miedo**. Kass y col. (1985) factorializaron los once trastornos de personalidad y pudieron extraer cuatro factores que concinciden con la estimación clínica inicial. La única diferencia es que el trastorno compulsivo forma parte de una categoría aparte.

El DSM-III es un **sistema categorial**. El ser un modelo categórico permite simplificar y facilitar la comunicación aportada por la presencia de categorías homogéneas, lo que se consigue a espensas de un fracaso en reconocer los rasgos disconformes o distintos de las conductas, y por tanto se pierde información.

La mayoría de los trastornos de personalidad del DSM-III utilizan **criterios monotéticos**, es decir, solo se puede llegar al diagnóstico si cumplen todos y cada uno de los criterios especificados. La única ventaja que aporta es que en investigación etiológica los criterios monotéticos aportan mayor homogeneidad al ser más restrictivos (Aluja, 1987). Solo utilizan criterios politéticos, en el DSM-III el trastorno antisocial, límite, compulsivo y esquizotípico.

La **tolerancia del solapamiento** entre los diagnósticos es otra de las mejoras hechas en el DSM-III. Un problema que tenían la mayoría de las clasificaciones tradicionales era la suposición de que los distintos trastornos de personalidad son mutuamente excluyentes, tanto que un paciente puede recibir sólo un diagnóstico. A menudo en la práctica clínica, sin embargo, cuando un trastorno de personalidad está presente, uno o más de uno suelen estar también asociados. El DSM-III en relación a sus predecesores, explícitamente estimula al diagnóstico de múltiples trastornos de personalidad si se cumplen los criterios.

Además para evitar la pérdida de información que suponía el que un paciente no fuera diagnosticado por no cumplir todos los rasgos de un trastorno pero si presentara rasgos patológicos significativos, el DSM-III sugirió que el clínico apuntara específicamente los rasgos de personalidad en el eje II, con o sin un diagnóstico de trastorno de personalidad acompañante.

d) DSM-III-R

El DSM-III-R, publicado en 1987 (APA, 1987), incluye más de 100 cambios en el eje II del DSM-III, así como la adición en un apéndice de dos nuevos trastornos de personalidad, el autoagresivo y el sádico que están bajo estudio. Cada trastorno tiene ahora entre 7 y 10 criterios y requiere de 4 a 6 de ellos para cumplir el diagnóstico del trastorno. También se han hecho intentos de simplificar el lenguaje. Actualmente en el Eje II del DSM-III-R se encuentran once trastornos de personalidad maladaptativa y una categoría para trastornos atípicos o mixtos. Estos trastornos son los siguientes: esquizoide, esquizotípico, paranoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial, evitativo, dependiente, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo. Como en el DSM-III también se agrupan en tres categorías.

La revisión del DSM-III ha dado lugar a un significativo número de controversias. Los trastornos de personalidad son quizá el área más controvertida de la revisión. Aunque muchas secciones del DSM-III-R reflejan pocos cambios del DSM-III, los criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad conciernen revisiones más sustanciales. Estos cambios parecen haber sido, en principio, estimulados por dos factores: los trastornos de personalidad son generalmente menos fiables que otros diagnósticos, por ejemplo del eje I; y la cobertura de los t.p. es vista como demasiado estrecha, lo que resulta en un gran número de pacientes recibiendo el diagnóstico de t.p. mixto o atípico, que tiene poco significado (Morey, 1988).

Estudiando la convergencia entre DSM-III Y DSM-III-R, es aparente que hay una gran variación en el acuerdo entre los dos sistemas. Para algunos diagnósticos, había casi una total convergencia, por ejemplo el kappa entre los dos sistemas diagnósticos para el t.p. límite era de 0.97. Sin embargo, para la mayoría del resto de los diagnósticos la convergencia fue mucho menor. En cuanto a la cobertura diagnóstica, parece aparente que hay un modesto incremento en la cobertura de los trastornos de personalidad con el DSM-III-R, lo que fue obtenido a expensas de un incremento sustancial en el solapamiento. Considerados globalmente, la consistencia interna de los criterios DSM-III-R fue comparable a los de la DSM-III (Morey, 1988).

El DSM-III era un sistema jerárquico. Esto quiere decir que, por ejemplo, la categoría esquizoide no podía ser considerada si se diagnosticaba el t.p. esquizotípico o el evitativo, o el t.p. pasivo-agresivo no se podía diagnosticar si se cumplían los criterios para cualquier otro tipo de t.p. El DSM-III-R posteriormente abandona este sistema jerárquico con lo que estimula de nuevo a los clínicos a usar diagnósticos múltiples dentro del eje II.

En el DSM-III-R se continúa con el **modelo taxonómico categorial**, pero este se hace de **tipo prototípico**. El modelo prototípico inhibe la estereotipificación y flexibiliza la variabilidad dentro del grupo. El DSM-III-R completó el cambio comenzado en el DSM-III. Desde los criterios monotéticos, en que un paciente tiene que cumplir todos los criterios dentro del conjunto para que un diagnóstico sea hecho, pasó a unos **criterios politéticos**, en que un paciente tiene que cumplir sólo algunos de los criterios para recibir el diagnóstico. En la edición revisada ya todos los trastornos de personalidad utilizan criterios politéticos. Un sistema prototípico como es el del DSM-III-R es por definición politético, requiriendo que sólo algunos de los criterios sean cumplidos y que ningún criterio en particular sea esencial para el diagnóstico. El sistema prototípico ha demostrado ser un

poderoso sistema de organización tanto para la clínica como para la investigación (Gorton y Akhtar 1990). Sin embargo, este sistema permite una considerable heterogeneidad en cada categoría. Algunos escritores (Widiger y Frances 1985, Widiger y col. 1988) han recomendado agrupar los miembros heterogeneos de una categoría diagnóstica de acuerdo al número o proporción de criterios puntuados no solo para identificar verdaderos casos prototípicos sino también los casos comunes y marginales.

Es más fácil estar de acuerdo en síntomas que a menudo están presentes en el síndrome que con síntomas que deben estar obligatoriamente presentes en cada caso. El acuerdo específico en los criterios monotéticos de los trastornos de personalidad es difícil de alcanzar, por lo que se puede decir que el uso de criterios politéticos aumenta la fiabilidad del acuerdo diagnóstico. En cambio en investigación etiológica los criterios monotéticos aportan mayor homogeneidad al ser más restrictivos (Aluja, 1987).

Otro problema con el DSM-III-R es que hay algún solapamiento entre los criterios de distintos trastornos de personalidad. Por ejemplo, un criterio es idéntico para los t.p. esquizoide, esquizotípico y evitativo. Sin embargo, tal solapamiento afecta a menos del 10% de los t.p. (Dowson y Berrios, 1991).

Resumiendo, el DSM-III-R es un punto de referencia básico para la clasificación de los t.p., ya que incorpora conceptos de la práctica psiquiátrica, tiene apoyo empírico (Morey, 1988) y contiene criterios detallados para cada diagnóstico de t.p.

e) CIE-10

La CIE 10 para los trastornos mentales y del comportamiento ha sido publicada en 1992, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aventura a

su antecesor el CIE-9 en que aporta criterios para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Entre la DSM-III-R y la CIE 10 hay un buen acuerdo, siendo la mayoría de las diferencias entre los dos sistemas menores y referidas a la terminología (Tyrer y col., 1991).

En la sección de los "trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto" se incluyen los t.p. paranoide, esquizoide, disocial, de inestabilidad emocional, histriónico, anancástico, ansioso con conducta de evitación y dependiente. Todos estos t.p. tienen sus criterios para el diagnóstico. Hay otros trastornos como el narcisista, excéntrico, inestable, inmaduro, pasivo-agresivo y psiconeurótico que están incluidos en el apartado "otros trastornos específicos de la personalidad" que no vienen definidos por criterios. Una modificación, importante por el tema que nos ocupa, es que en la CIE-10 el trastorno esquizotípico no forma parte de los trastornos de personalidad, sino que se incluye en el capítulo de la esquizofrenia. Algo parecido sucedió con el trastorno ciclotímico en el DSM-III-R que pasó al grupo de los trastornos afectivos. Además la CIE-10 introduce un cambio interesante. Los rasgos de personalidad no patológicos, que en el DSM-III-R Y DSM-IV están incluidos entre los Trastornos, la CIE-10 los considera formando parte de los "factores que influyen en el estado de salud" (capítulo Z ó XXI) que no son trastornos mentales.

f) DSM-IV

El DSM-III-R está dejando paso a una nueva versión de la clasificación americana, la Cuarta Edición del DSM, publicada por la APA en 1994. Por su publicación tan reciente ha habido pocas oportunidades para trabajar con ella y son pocas las publicaciones que hay al respecto. En conjunto, el capítulo de los trastornos de personalidad guarda un gran parecido la DSM-III-R. Tiene pequeñas variaciones en algunos criterios pero persiste como clasificación prototípica y politética por lo que guarda las ventajas para la investigación de su predecesora.

3.4.2. CLASIFICACIONES DIMENSIONALES

Además de las clasificaciones dimensionales de las personalidades normales, abordadas en su mayor parte por la psicología, en los últimos años se han desarrollado diversas clasificaciones dimensionales en psiquiatría que estudian los rasgos anormales o patológicos.

El concepto de **rasgo o trazo** surge en los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad. Tiene su origen en el concepto de eje de Jung (López-Ibor, 1993). El rasgo es entendido como disposición o inclinación permanente a comportarse de una manera determinada en distintas situaciones. La APA (1987) considera los rasgos de personalidad como pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos, causan una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva, se consideran anormales.

Para la OMS (1992) los rasgos de personalidad son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiende a relacionarse consigo mismo y con los demás. Son modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Cuando son desviaciones extremas se consideran anormales o patológicos.

Los rasgos de personalidad están presentes en todos los individuos, y es la desviación en el nivel cuantitativo de los mismos lo que caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad. Spitzer y col. (1990-a) apunta que para que los rasgos de personalidad se consideren anormales deben cumplir las características de ser "patológicos", es decir, que se encuentra fuera de los límites de la variación normal, "persistentes", o sea, que se han presentado con la suficiente frecuencia durante la mayor parte de la vida del sujeto, y

"generalizados", que la característica se manifiesta en los distintos contextos del individuo.

Los rasgos en definitiva son dimensiones a lo largo de las cuales pueden ordenarse las personas. Cuando lo que hacemos es clasificar a las personas según sus rasgos anormales podemos ver los distintos trastornos de personalidad.

Los modelos dimensionales de la personalidad han prosperado en función del avance de las técnicas estadísticas de análisis factorial que permiten agrupar diferentes cualidades alrededor de unos factores de correlación. De este modo se permite la ordenación de la personalidad a lo largo de un continuo de las diferentes dimensiones. La personalidad quedaría por tanto descrita como la asociación o suma de rasgos.

Los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad que tienen interés para la psiquiatría son revisados por López-Ibor (1993). Entre ellos destacan:

a) Modelo de Eysenck: Ya comentado previamente, considera tres dimensiones, el neuroticismo, la introversión/extroversión y el psicoticismo. Explica la variabilidad en las conductas según los sistemas neuroanatómicos implicados (Eysenck 1982).

b) Modelo de Gray: Considera como dimensiones primarias de la personalidad la ansiedad y la impulsividad. En realidad es una variante del modelo de Eysenck.

c) Modelo de Zuckerman: Utiliza el rasgo de personalidad de búsqueda de sensaciones. Mediante técnicas de análisis factorial se han identificado dentro de

este rasgo cuatro componentes: búsqueda de emoción y aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.

d) Modelo psicobiológico tridimensional de Cloninger. Las tres dimensiones estudiadas por este autor son la búsqueda de novedad, la evitación del peligro y la dependencia de la recompensa.

e) Modelo psicobiológico de Siever y Davis (1991): Estos autores definen sus dimensiones de personalidad por emparentamiento con los distintos síndromes psiquiátricos. Así las psicosis se relacionan con la dimensión de la organización cognitivo-perceptiva; los trastornos afectivos están vinculados con la dimensión de inestabilidad afectiva; los trastornos de ansiedad con la dimensión ansiedad/inhibición; y trastornos por control de los impulsos con la dimensión de impulsividad. Las distintas dimensiones tendrían distintos grados de afectación a lo largo de un continuo. El extremo más patológico daría lugar a los síntomas de los trastornos mentales. Las desviaciones más moderadas darían lugar al desarrollo de mecanismos de adaptación que si se hacen persistentes serían trastornos de personalidad.

f) modelo dimensional con el DSM-III-R:

Ya hemos hecho referencia como en los ámbitos clínicos los diagnósticos de trastornos de personalidad se basan en los modelos categoriales de clasificación, en la actualidad principalmente DSM-III-R (que está siendo sustituida por la DSM-IV) y CIE-10. También hemos hecho mención a la pérdida de información que se puede producir con estos modelos tanto para la clínica como para la propia investigación, ya que la mayoría de los pacientes tiene algún rasgo anormal o casi cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno de personalidad.

Distintos autores (Frances, 1980, 1982, Kass y col., 1985, Widiger y Frances, 1985, Widiger y col., 1987, Zimmerman y Coryell, 1989, 1990, Steketee, 1990, Hogg, 1990, Spitzer y col., 1990-a, Schroeder y Levesly, 1991, Dowson y Berrios, 1991, Zimmerman y col., 1991, Ekselius y col., 1993) aprovechando las características de prototipicalidad y el carácter politético de los criterios de los trastornos de personalidad del DSM-III-R, usan o proponen hacer dos medidas con este sistema:

-CATEGORIAL O CUALITATIVA: El trastorno de personalidad está presente o no en función de si cumplen o no los criterios necesarios para realizar el diagnóstico exigidos en la DSM-III-R.

-DIMENSIONAL O CUANTITATIVA: La clasificación dimensional de los trastornos de personalidad de la DSM-III-R está en función del número o porcentaje de criterios o rasgos anormales que cumple un sujeto del total de criterios de un trastorno de personalidad dado. Cada individuo puede presentar distintos grados de severidad en cada trastorno de personalidad. Esta medida oscilará desde 0% (sujetos que no cumplen ningún criterio) hasta 100% (pacientes que cumplen todos los criterios que definen el trastorno de personalidad). Este sistema proporciona una escala de medida ordinal o de intervalos que tiene más poder para detectar las relaciones empíricas que una escala nominal inherente a los sistemas categóricos.

3.5.- MEDIDA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los diagnósticos de los trastornos de personalidad se han caracterizado por su baja fiabilidad. Con los actuales sistemas de clasificación en los que se detallan los criterios para el diagnóstico, la fiabilidad de los mismos se ha visto reforzada. Aun así, los trastornos de personalidad como conjunto tienen menor fiabilidad que cualquiera de las categorías mayores de la clasificación (Frances, 1980, Widiger y Frances, 1985, Gorton y Akhtar, 1990). Se han sugerido distintas razones para explicar esta baja fiabilidad:

1.- Los clínicos carecen de indicadores infalibles para los diagnósticos, por lo que deben basarse en su propio juicio (Widiger y Frances, 1985).

2.- Los rasgos de personalidad normal y los patológicos existen en un continuo, por tanto los clínicos pueden utilizar umbrales muy diferentes para distinguirlos (Frances, 1980, Drake y Vaillant, 1985, Dahl, 1986, Widiger y col. 1987,).

3.- La confusión del rasgo con el estado, el rol, y los factores situacionales (Frances, 1980, Widiger y Frances, 1985, 1989, Reich, 1989, Loranger y col., 1991). La personalidad es un rasgo persistente más que un estado característico. El análisis de los trastornos de personalidad debe, por tanto, tener en cuenta los patrones longitudinales más que los trastornos a corto plazo. Las evaluaciones transeccionales son más propensas al error (Dahl, 1986, Skodol y col. 1988).

4.- Muchas de las características patológicas de los pacientes con trastornos de personalidad son cuadros egosintónicos que no son conscientemente experimentados por los pacientes. Estos no pueden por tanto juzgar ni informar de sus rasgos adecuadamente. La información que puedan

ofrecer otras personas que conozcan bien al paciente es más importante que en los trastornos de características egodistónicas (Dahl, 1986). También puede influir el miedo de los pacientes a las consecuencias sociales (Gorton y Akhtar, 1990).

La literatura científica sobre los trastornos de personalidad está siendo rápidamente creciente. El desarrollo de nuevos instrumentos diseñados para analizar los t.p. ha sido paralelo y ha contribuido a este crecimiento. Entre estos instrumentos se distinguen tanto cuestionarios autorrellenables como entrevistas estructuradas y semiestructuradas.

Algunos de estos instrumentos para evaluar los trastornos de la personalidad adaptados al DSM-III-R son revisados en el trabajo de Reich (1989). Entre ellos encontramos:

a) **CUESTIONARIOS AUTOINFORMADOS:**

-**Personality Diagnostic Questionnaire -Revised (PDQR)**. De Hyler y Reider 1984. Es una actualización del PDQ

-**Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)**. Millon 1982. En su versión actualizada es el MCMI-II, desarrollada por Millon en 1987.

-**Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)**. Cloninger 1987

b) **ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS Y SEMIESTRUCTURADAS:**

-**Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)**. Spitzer y Williams, 1987. El SCID-II, en su versión de Spitzer y col. de 1990, es el instrumento de medida de la personalidad que vamos a utilizar en este trabajo de

investigación.

-Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP), desarrollada por Pfohl y col. en 1983 (Stang y col. 1985), quienes también han promovido una versión para el DSM-III-R.

-Personality Disorder Examination (PDE). Loranger y col. en 1987, 1988.

Todas ellas son capaces de hacer el rango completo de diagnósticos de t.p. de la DSM-III-R. Hasta la fecha, sin embargo, ninguna ha demostrado ser superior a las demás, al menos en parte, porque no hay criterios de validez estándar para los t.p. con los que pueda ser comparado cualquier sistema de evaluación (Skodol y col. 1988).

Los análisis de la personalidad durante los episodios de enfermedades psiquiátricas mayores son bastante problemáticas (Dahl, 1986). Cuando la enfermedad mental además es crónica y recurrente puede ser mucho más difícil (Tyrrer y Ferguson 1987). Todas las entrevistas estructuradas analizando la personalidad intentan medir a los pacientes cuando no están sufriendo de un trastorno del eje I, pero cuando tal trastorno es crónico es difícil ignorar la personalidad manifiesta durante este tiempo. Demasiado frecuentemente los estudios han resuelto este dilema eliminando a los sujetos que sufren esquizofrenia o trastornos afectivos mayores de sus estudios (Stangl y col., 1985, Tyrrer y Ferguson, 1987). Pero esto no es aceptable, sobre todo cuando lo que se quiere estudiar son los trastornos de personalidad, precisamente, en esos trastornos psiquiátricos mayores

3.6.- RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS (EJE I) Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (EJE II)

La relación entre las condiciones del eje I y los trastornos de personalidad ha recibido recientemente considerable interés. A pesar de este interés, hay muy pocos datos disponibles basados en la población general para poder dilucidar la relación entre los trastornos del eje II y eje I. La mayoría de los estudios hasta la fecha están realizados con muestras clínicas por lo que no se puede descartar una ilegítima asociación entre personalidad y otros trastornos psiquiátricos (Nestadt y col. 1992).

Fiester y col. (1990) plantean una serie de cuestiones sobre la comorbilidad de los trastornos de personalidad y los trastornos sindrómicos: ¿La comorbilidad de los t.p. con otros síndromes del eje I es simplemente coincidente? ¿O están los trastornos del eje I y el eje II relacionados de modo que se incrementa la probabilidad de su presencia simultánea? ¿Es importante clínicamente detectar la presencia de los síndromes y de los t.p. concurrentes? Son todas ellas preguntas que todavía siguen sin contestar.

La medida en que los ejes I y II pueden estar relacionados es de considerable interés teórico. Los distintos modelos de relación que se pueden establecer, siguiendo a Koenigsberg (1985), Docherty y col. (1986) y Fiester y col. (1990), son:

1.- Relación coincidente

Los dos trastornos están presentes por el simple azar no existiendo ningún vínculo en entre ellos.

2.- Aumento de la probabilidad de su presencia simultánea

En este caso existen distintas posibilidades de relación:

1.- Relación causal:

a) El trastorno de personalidad podría dar lugar directamente al trastorno sindrómico.

b) El t.p. podría ser una variante leve y temprana, o una forma frustra, o una forma crónica subsindrómica de la enfermedad psiquiátrica específica.

c) La existencia de un trastorno de personalidad coexistiría con un aumento de la vulnerabilidad a ciertas enfermedades psiquiátricas.

d) Los defectos en la estructura psíquica asociados con un trastorno de personalidad particular podrían predisponer, en sí mismos, a síntomas específicos.

e) No que puedan predisponer, sino que determinarían una formación particular de síntomas.

2.- Relación de complicación: Puede que algunos trastornos de personalidad sean una complicación de un trastorno sindrómico por el que están producidos o incrementados. O viceversa, que el trastorno sindrómico sea una complicación del trastorno de personalidad.

3.- Relación interactiva: Tanto el t.p. como el trastorno sindrómico se influirían mutuamente en el desarrollo de cada uno.

4.- Relación de co-efecto: Por último, los dos, tanto el t.p. como el trastorno del eje I pueden ser resultados distintos y no relacionados de algún trastorno, físico o emocional, previamente compartido.

En la práctica clínica, en la que el vínculo entre el eje I y el eje II es tan

complejo, lo más probable es que sea una combinación de las distintas relaciones propuestas.

Entre las distintas relaciones, también se ha sugerido que los trastornos de personalidad, en una visión dimensional, pueden ser considerados como puntos medios a lo largo de un espectro en cuyos extremos se encuentran, por un lado, rasgos leves y por el otro, trastornos sintomáticos severos (Krestchmer, 1947, Claridge, 1987, Stone, 1993).

Muchos trastornos del eje I, tales como los trastornos afectivos o esquizofrénicos están siendo conceptualizados como ocurriendo en un continuo con trastornos determinados del eje II (Siever y Davis, 1991). Los trastornos esquizofrénicos e incluso los paranoides pueden existir en un espectro con el grupo A de los trastornos de la personalidad (Kendler y col. 1981-a, Kendler y Gruenberg, 1982, Gunderson y Siever, 1985, Kendler, 1988). Un importante volumen de literatura relaciona los trastornos de personalidad con los trastornos afectivos fundamentalmente con los del grupo B, siendo con el trastorno límite la relación más prevalente (Prasad y col. 1990, Docherty y col. 1986, Fiestner y col. 1990). La relación entre los trastornos de personalidad y los trastornos por abuso de sustancias (Koenigsberg y col. 1985), particularmente la dependencia del alcohol (Drake y Vaillant, 1985) parece bien establecida. Los trastornos de personalidad están también asociados con los estados fóbicos y de ansiedad, fundamentalmente los trastornos de personalidad del grupo C (Docherty y col. 1986, Reich y col. 1987 y Fiestner y col. 1990).

Además el papel de la personalidad en la enfermedad psiquiátrica influye en otros aspectos tales como los patrones sintomáticos (Casey y Tyrer 1990), pronóstico (Vaillant 1964) y respuesta al tratamiento (Reich y Green, 1991, Tyrer y col., 1992).

3.7.- HISTORIA DE LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA

En la época Clásica ya se ponen de manifiesto las relaciones entre la personalidad y la psicosis de una forma genérica. Hemos visto como a partir de Hipócrates de Cos (460-377 a. de C.) la psiquiatría ve la vida total del alma y sus factores racionales, emocionales e instintivos como regulados por los mecanismos humorales, adoptando la aproximación biológica de los filósofos de la naturaleza de la escuela de Mileto. Así "El desbalance humoral" o la desnaturalización de ciertos bioelementos causan una "corruptio cerebri" y como una consecuencia surge la sintomatología psicótica. La presencia de una personalidad psicopática particular, llamada "Morosa" por Hipócrates, podría disparar la psicosis. Esta personalidad se caracterizaba por "tristeza, rigidez, timidez, pobreza afectiva y un carácter introvertido" . También informó de muchos casos de individuos "en el límite con la locura" que podían llevar una vida aparentemente normal, pero si un factor patogénico, por ejemplo, una "ligera inflamación" interfería tal estado de locura apagada, se transformaba en una sintomatología psicótica. Estas personalidades alteradas en el límite con la locura las denominaba "Simplex y Segnis", designando así a individuos que eran ingenuos, imprudentes, apáticos indolentes y holgazanes. También en el límite con lo "hebetudo" (la esquizofrenia) Hipócrates consideraba a los individuos llamados "Subfuriosos" que eran individuos en el límite con la enfermedad mental que debido a "emociones, excesivo consumo de vino o fiebre" pueden comenzar psicóticos (Roccatagliata, 1991).

En Roma Arateo (50-130 d. de J.C.) observó enfermos mentales y efectuó cuidadosos estudios de su evolución. Este médico romano fue uno de los primeros en describir las personalidades de los sujetos antes de la eclosión del trastorno mental (Alexander, 1970).

Galeno 129-199 d.C. consideraba que las combinaciones de factores humorales, genéticos e incluso de constitución somática determinaban tanto el carácter como la predisposición a los trastornos psiquiátricos. Para Galeno la demencia precoz ocurría en individuos que presentaban una fragilidad congénita del alma. El los definía así: *"los individuos afectados de morositas o fatuitas primariamente manifestaban un ensordecimiento de la vida de las emociones"* (Roccatagliata, 1991).

En épocas más recientes, la historia de la relación entre trastornos de personalidad y psicosis se puede considerar desde distintos puntos de vista. A los dos primeros propuestos por Kendler (1985) hay que añadir una tercera perspectiva:

1ª Los estudios familiares: En ellos fueron descritos los trastornos de personalidad y las características de personalidad peculiares de familiares anormales pero no psicóticos de pacientes esquizofrénicos.

2ª Los estudios clínicos: En estos trabajos se describieron distintos cuadros clínicos en los que existen características de la esquizofrenia (equiparables a trastornos de personalidad actuales) pero sin los síntomas psicóticos abiertos.

3ª Los estudios de personalidad premórbida: En ellos se han ido describiendo las características de personalidad peculiares de los individuos que desarrollan posteriormente esquizofrenia.

Vamos a verlos por separado:

3.7.1.- ESTUDIOS FAMILIARES DE LA RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA.

Kraepelin (1909) en la 8ª edición de su tratado describe por primera vez la presencia de personalidades anormales en los familiares de pacientes con demencia praecox. Los describe como personalidades excéntricas y considera que en muchos casos pueden ser esquizofrenias latentes (Kendler, 1985).

Bleuler (1911) en su libro "La Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias", publicado por primera vez en 1911, considera que los síntomas esquizofrénicos existen en distintos grados y matices que van desde lo patológico a lo normal. Afirma que entre los familiares de los esquizofrénicos existen peculiaridades cualitativamente similares a las de los mismos pacientes. Así considera que la enfermedad es sólo un aumento cuantitativo de las anomalías vistas en familiares. Describe a los familiares de esquizofrénicos como introvertidos, suspicaces, y con "caracteres esquizoides".

Kretschmer también consideraba que entre los familiares de esquizofrénicos era frecuente encontrar personalidades esquizoides (Kretschmer 1947-1925).

Kallmann es uno de los primeros investigadores que hacen estudios sistemáticos sobre la personalidad esquizoide en familiares de pacientes esquizofrénicos. En 1938, definió dos subtipos de personalidad esquizoide: excéntricos límite y psicópatas esquizoides. Además de los casos definitivos y dudosos de esquizofrenia, estos dos tipos de personalidad esquizoide constituían lo que él denominó "grupo de las anomalías esquizoformes" o el "complejo de enfermedad esquizofrénica". Kallman enfatiza que las personalidades esquizoides comparten con los pacientes esquizofrénicos un defecto común en

el funcionamiento emocional, el aislamiento social y frecuentes preocupaciones excéntricas y autistas (Kendler, 1985).

Essen-Möller en 1941 encontró personalidades "extrañas" o "peculiares" entre los gemelos monocigóticos de pacientes diagnosticados de psicosis de distintos tipos. Concluía que la psicosis y su correspondiente psicopatía, por ejemplo la esquizofrenia y el t.p. esquizoide, no se podían diferenciar desde un punto de vista etiológico-genético (Inouye, 1970). Essen-Möller consideraba la esquizoidia como el rasgo básico heredado en la esquizofrenia (Heston, 1970).

Inouye, más recientemente, intenta resumir los cuadros más característicos de las personalidades anormales vistas en hermanos monocigóticos de probandos con esquizofrenia. Los describe como sumisos e introvertidos y en ocasiones suspicaces (Inouye, 1970).

3.7.2.- ESTUDIOS CLÍNICOS DE LA RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y ESQUIZOFRENIA.

Existen diferentes autores que a lo largo del último siglo han descrito distintos cuadros clínicos que hoy día encajan en el diagnóstico de trastorno de personalidad y que comparten características clínicas de esquizofrenia sin ser esquizofrenia.

Karl Kahlbaum (1828-1899) el psiquiatra alemán que acuñó el término de catatonía también definió la personalidad heboide que es un antecedente histórico de la personalidad esquizoide, y la definió bien como una variante del carácter o bien como una forma atenuada de psicosis (Planansky, 1966).

Stern, en 1938, informa por primera vez del Borderline Neurótico (Frosch, 1988-b)

Zilboorg, en 1941 y 1957, describió las Esquizofrenias Ambulatorias. Los individuos con este diagnóstico no presentaban ninguno de los síntomas flagrantes de esquizofrenia avanzada, tales como delirios, alucinaciones, o un afecto marcadamente aplanado. Más bien, veía estos pacientes como sufriendo de anomalías sutiles (alteraciones en la interpretación de la realidad, aislamiento y suspicacia), pero subrayando la aparente normalidad superficial (Kendler, 1985).

Deutsch, en 1942, describió la Personalidad Como Si, basándose en la observación de casos que se caracterizaban por un marcado empobrecimiento en sus relaciones emocionales con su mundo exterior. Deutsch apunta una similitud entre estas personalidades y las características premórbidas de pacientes esquizofrénicos (Kendler, 1985).

Asperger en 1944, un pediatra vienes, describió un grupo de niños desviados de la norma que fracasaban a nivel social y conductual, pero con una gran originalidad de pensamiento. Era frecuente ver entre sus familiares rasgos de aislamiento social e incluso el síndrome completo. Aunque no lo consideraba como un estado preesquizofrénico, si lo relacionaba con el síndrome esquizotímico de Kretschmer (Wolff y Chick, 1980). Wolff en 1964 describió un grupo de niños con personalidades esquizoides que eran muy parecidos a los niños que describió Asperger en su síndrome.

Fenichel, en 1945, hace mención a un grupo de personas neuróticas que sin desarrollar una completa psicosis tienen ciertas tendencias psicóticas y tienen facilidad para emplear mecanismos esquizofrénicos cuando surgen frustraciones.

Se refiere al Trastorno Borderline (Frosch, 1988-b)

Hoch y Polatin en 1949 describen la esquizofrenia pseudoneurótica. De todas las descripciones de pacientes mostrando sintomatología parecida a la esquizofrenia, ésta es una de las que más ha influido en el concepto actual de t.p. esquizotípico (Kendler, 1985).

Bychowsky, en 1953, usa el término Psicosis latente (Frosch 1988-b).

Distintos autores, la mayoría dinámicos describen un tipo de personalidad que tiende al aislamiento, la confusión, las excentricidades, la alexitimia y la anhedonia. Comprenden la entidad de los trastornos de personalidad psicóticos. Entre ellos están el ya comentado Deutsch en 1942 (la personalidad como si), Winnicott en 1960 (la personalidad falso-self), Bion en 1957 y 1967 (personalidades psicóticas), Frosch en 1959 y 1964 (caracteres psicóticos) (Grotstein, 1986).

Frosch propone denominar carácter psicótico a lo que anteriormente era conceptualizado psicoanalíticamente como borderline. Borderline referido como el grupo de condiciones que manifiestan tanto fenómenos neuróticos como psicóticos. Se refiere a sujetos que presentan los aspectos no psicóticos de lo que podrían ser pacientes psicóticos. Tienen trastornos en sus relaciones con la realidad. Difieren de los pacientes claramente psicóticos en su capacidad de comprobación de la realidad y que el pensamiento primitivo permanece intacto. (Frosch, 1988-a,b).

Rado fue el primero en proponer el término "esquizotípico" en 1953 como una expresión taquigráfica del fenotipo esquizofrénico: un conjunto de rasgos de carácter presentes a lo largo de la vida que señalizan una predisposición genética

para la esquizofrenia. Para él tales individuos portaban un riesgo a lo largo de su vida de desarrollar una completa descompensación esquizofrénica. Consideraba que *"El paciente que sufre una psicosis esquizofrénica es un fenotipo esquizofrénico, engendrado por un genotipo esquizofrénico en su interacción con el medio ambiente"* Rado (1953).

Meehl en 1962 intenta integrar los datos genéticos existentes sobre la esquizofrenia desarrollando su modelo de Esquizoatáxia, Esquizotípia, Esquizofrenia, todavía hoy en vigencia y que fue la base para los modelos de Diátesis o Vulnerabilidad al estrés. Meehl (1962) consideraba que la esquizoatxia, un defecto neurointegrativo, era la parte que se heredaba de la esquizofrenia. El individuo que hereda la esquizoatxia es el esquizotípico. Sostenía que, dependiendo del medioambiente, un individuo con una predisposición heredada para la esquizoatxia podría desarrollar un síndrome que variaría entre el bien compensado esquizotípico y la forma severa de la esquizofrenia. Meehl intenta condensar dentro del término esquizotípico distintas entidades incluyendo las esquizofrenias abortivas, ambulatorias, borderline, latentes, pseudoneuróticas, pseudopsicopáticas y reactivas (Heston, 1970) que luego se han incluido en el concepto de trastorno de personalidad esquizotípico.

Meehl (1962, 1990) considera dentro de la esquizofrenia clínica dos grupos. Uno mayoritario de verdaderos esquizofrénicos, que serían aquellos que poseen una esquizogén dominante, que daría lugar a la esquizoatxia. Los individuos esquizoatáxicos, en las situaciones de refuerzo adecuado, desarrollarían la esquizotípia. Y estos ante descompensaciones inducidas por el medioambiente podrían dar lugar a la esquizofrenia. Esta esquizofrenia que se produce en el individuo esquizotípico es la **esquizofrenia verdadera o esquizoatáxica**. El segundo grupo de esquizofrénicos serían **genofenocopias de la esquizofrenia**. Minoritarios en relación con el anterior, estos individuos no

serían esquizotípicos en mayor proporción que la población general, y no tendrían defectos neurológicos. Tendrían una serie de potenciadores poligénicos que favorecerían la introversión, la ansiedad, la hipohedonia y que ante determinados estímulos ambientales y estresantes podrían desarrollar el cuadro clínico que imitaría a la "verdadera" esquizofrenia.

3.7.3.- ESTUDIOS DE PERSONALIDAD PREMÓRBIDA EN ESQUIZOFRÉNICOS

En pleno Romanticismo, **Morean de Tours** (1804-1884), discípulo de Esquirol, concebía la psicosis no como una aberración parcial y circunscrita sino como una manifestación propia de la personalidad total. Griesinger (1817-1868) psiquiatra y neurólogo en la universidad de Berlín, creía que la pérdida de la autoestima y el sentimiento de extrañeza de uno mismo era el problema fundamental de la enfermedad psíquica. Por esto, consideraba que los médicos debían conocer en detalle como era la personalidad prepsicótica del paciente para comprender la enfermedad. Decía que el psiquiatra que trata a un psicótico debía reforzar las funciones integradoras de su personalidad previamente sanas (Alexander, 1970).

Morel (1809-1873), representante de la psiquiatría Francesa, describió la "Démence Précoce", para referirse a una enfermedad hereditaria que conducía invariablemente al deterioro y se manifestaba en la adolescencia. Morel influido por las teorías evolucionistas de Darwin introdujo la teoría de la degeneración. Consideraba que las degeneraciones eran desviaciones del tipo humano normal y que deterioraban progresivamente hacia la extinción. Así creía que una generación podía ser simplemente "nerviosa", la siguiente era neurótica, la tercera

sería psicótica y la cuarta tenía tal grado de degeneración que abocaba a la desaparición. En la degeneración lo que comenzaba como rasgo de personalidad terminaba como enfermedad mental y cambios físicos. En su tratado Traité des Maladies Mentales (1860) habla del *"temperamento como causa predisponente de la enajenación mental"*. Le da al temperamento un origen hereditario, pero también admite una posibilidad ambiental: *"El temperamento en cuestión es frecuentemente el resultado de transmisiones hereditarias o por lo menos de una educación viciosa..."*. Ante una situación precipitante estas características de personalidad podían transformarse en la psicosis: *"Nada es tan común como ver transformarse esos estados nerviosos en enajenación mental, bajo la influencia de la menor causa intercurrente, sea de orden físico, sea de orden moral... La locura no es nada más que la exageración del carácter habitual"*. Admitía sin embargo, que no todos los individuos con trastorno de personalidad abocaban en la psicosis: *"Si en muchas circunstancias el estado neuropático puede ser considerado como el período de incubación de la locura, es incontestable que un gran número de personas sufren durante toda su vida un estado parecido sin traspasar jamás la línea de demarcación, a veces tan difícil de precisar, que separa la razón de la locura..."* (Minkowski, 1927).

Krafft-Ebing (1840-1902), profesor de psiquiatría en Viena, siguiendo las teorías degeneracionistas de Morel, dividía la enfermedad mental en aquellas más o menos accidentales y agudas y los casos en los que había evidencias de una predisposición. A estos últimos los denominó degenerados, y eran el resultado del desarrollo de una constitución "neuropsicopática" heredada. De hecho Krafft-Ebing describió una serie de rasgos de personalidad que consideraba útiles para reconocer a las personas predispuestas a la enfermedad mental. Afirmaba que la degeneración induce un cambio de personalidad. Para él, la psicosis aparece, no simplemente como una enfermedad del cerebro, sino también como una alteración anormal de la personalidad (Burnham, 1968).

Serieux y Capgrás (1909) subrayan la importancia del temperamento paranoico en la patogenia de los delirios de interpretación.

Hoch propuso en 1910 una relación entre el tipo de personalidad aislada y despegada y el desarrollo de la esquizofrenia (Hogg y col., 1990).

Dellmas y Boll (1922) en su libro sobre *La Personalidad Humana* hacen mención a las psicosis constitucionales a las que les dan un carácter hereditario. De una forma muy parecida a Kretschmer cada "psicosis constitucional" representa un desequilibrio psíquico de lo que denominan "constituciones psicopáticas". A cada constitución psicopática le correspondería una "disposición psíquica". Las diferencias entre psicosis, constitución y disposición son exclusivamente de grado. Es la atrofia o la hipertrofia de factores normales lo que determinaría los distintos grados de patología. No obstante, estos autores no colocan la esquizofrenia entre lo que llaman psicosis constitucionales sino entre las psicosis lesionales que tendrían una causa orgánica.

Para **Minkowski (1927)** la psicosis no es algo que irrumpe en el individuo sano y desarrolla la enfermedad, y cuyos síntomas serían algo independiente del sujeto en el que asientan. Interviene el papel del terreno: *"En este se hallan preformados, por decir así, los caracteres esenciales de la psicosis futura, no siendo ésta sino la exageración del carácter anormal"*. Minkowski creía que *"las particularidades preexistentes del carácter son los rasgos esenciales de la psicosis actual... las cosas son así porque ya lo eran anteriormente"*. Afirma que la psicosis se hereda pero no como tal psicosis manifiesta, sino en forma de particularidades del comportamiento "caracteres anormales" que tendrían una afinidad bastante grande con la psicosis. También admite la posibilidad de que el trastorno de personalidad pueda existir fuera de la psicosis adquiriendo una cierta autonomía de ella. Para ello recurre al concepto de esquizofrenia latente, que Bleuler acuñó

en oposición a la esquizofrenia manifiesta, como una enfermedad atenuada, pero al fin y al cabo enfermedad. En estos casos el cuadro permanece estacionario reduciéndose a un comportamiento característico. Para Minkowski la esquizofrenia latente de Bleuler sería en parte el esquizoidismo de Kretschmer.

Minkowski descompone la esquizofrenia en dos factores: uno constitucional, el esquizoidismo de Kretschmer, y un segundo "factor nocivo" susceptible de desarrollar la enfermedad. *"Este factor no tiene, por sí mismo, un matiz bien definido, es de naturaleza más indiferente y el cuadro que dará dependerá ante todo del terreno sobre el cual obre. Añadido al esquizoidismo, lo transformaría en proceso mórbido específico, es decir, esquizofrenia"*. Sin embargo, también admite que la esquizofrenia se produzca en individuos sin esas características constitucionales esquizoides.

Emil Kraepelin (1856-1926) subrayó el estudio longitudinal de la esquizofrenia, no sólo prospectivamente, sino también retrospectivamente. En la 6ª edición de su Tratado empieza a llamar la atención sobre la posible relación entre la demencia precoz y personalidades premórbidas anormales (Kendler, 1985). Introdujo la idea de que los cambios y peculiaridades del carácter que ocurren muy temprano en la vida del futuro esquizofrénico y que tan a menudo precedían los síntomas psicóticos de la demencia praecox, resultaban de las mismas causas de la psicosis y podían ser vistas como las manifestaciones tempranas del mismo proceso. Pensaba que los psicópatas eran en parte *"grados previos no desarrollados de verdaderas psicosis"*, añadiéndose de este modo a las teorías degeneracionistas. Por otra parte Kraepelin cree poder establecer, en la 8ª edición de su *Psichiatrie*, una relación bastante constante entre las anomalías de carácter que se encuentran en los antecedentes personales de los enfermos, por una parte, y los cuadros clínicos que ellos presentan, por otra (Minkowsky, 1927, Planansky, 1966).

Han sido las aportaciones de **Kretschmer**, con su libro Constitución y Carácter (1925) las que en realidad han señalado de una forma clara una diferencia puramente gradual entre determinadas personalidades anormales y los procesos esquizofrénicos. Consideraba que las psicosis endógenas no eran otra cosa que acentuaciones marcadas de tipos normales de temperamento. Así, según él, existe una escala que conduce sin límites severos desde el individuo normal esquizotímico, a través del psicópata esquizoide, al enfermo esquizofrénico. El temperamento ciclotímico sería la forma normal de la personalidad patológica cicloide, que a su vez sería el paso previo a la psicosis maniaco-depresiva.

Personalidad Normal	Trastorno Personalidad	Psicosis
ESQUIZOTÍMIA	ESQUIZOIDE	ESQUIZOFRENIA
CICLOTÍMIA	CICLOIDE	MANIACO-DEPRESIVA

Establece, por tanto, dos temperamentos el ciclotímico-cicloide que se mueve entre la alegría y la depresión y el esquizotímico-esquizoide que se mueve entre la hiperestesia y la anestesia afectiva. *"El esquizoide no es demasiado sensible o demasiado frío, pero es las dos cosas a la vez"*. El cicloide sería el que vibra al unísono con el medio, el esquizoide en cambio es casi siempre insociable, se repliega sobre sí mismo prefiriendo su mundo interior, sus fantasías, a una actividad externa, no siente necesidad alguna de los demás. Los tres aspectos principales del temperamento esquizoide en los que pone énfasis Kretschmer son el aislamiento social, la rareza y la excentricidad. Admite que hay esquizoides que parecen sociables, pero cree que sus relaciones con los demás son superficiales e incompletas, *"les falta la nota afectiva"*. A pesar de establecer esta distinción clara entre estos dos temperamentos, Kretschmer considera que

las formas puras son las menos frecuentes, y así rasgos de esquizoidismo y de cicloidismo pueden encontrarse en el mismo individuo. Habla en estos casos de "aleaciones". Llega incluso a relacionar el aspecto físico con el carácter, dedicando una buena parte de su libro a esto (Kretschmer, 1947-1925).

Eugen Bleuler (1857-1939) hizo notar que muchos de los pacientes esquizofrénicos tenían peculiaridades en su personalidad, incluso antes del inicio de la enfermedad. La conducta premórbida de estos sujetos, apuntaba Bleuler, tendía al aislamiento. En 1922 hace un retoque a las nociones y términos empleados por Kretschmer. Acuñó el término de esquizoidía y sustituyó el término cicloide por "sintonía" ya que considera que todos los individuos denominados cicloides por Kretschmer, contrariamente a los esquizofrénicos y a los esquizoides, no pierden la facultad de vibrar al unísono con el ambiente. Bleuler se refiere al esquizoidismo y la sintonía como "dos principios vitales" que pueden estar representados en proporciones variables en cada individuo determinando su carácter (Minkowsky, 1927).

Manfred Bleuler en 1954 apunta que los patrones de personalidad esquizoide son similares a los síntomas esquizofrénicos y que ocurren más a menudo en las personalidades prepsicóticas y entre los familiares de esquizofrénicos que en la población general (Wolff y Chick, 1980).

Langfeld (1956) también se refiere al hecho de que el tipo de personalidad esquizoide ocurre mucho más a menudo en pacientes esquizofrénicos premórbidamente que en la población general, y esto supone un factor de mal pronóstico. Añade además que algunos psicópatas esquizoides posteriormente desarrollarán psicosis no esquizofrénicas.

A lo largo de la Historia, como vemos, la mayoría de los autores que han

tratado la relación entre esquizofrenia y trastornos de personalidad han conceptualizado el **trastorno psicótico como ocurriendo en un continuo con determinados trastornos de personalidad**. Otros autores, sin embargo, encuentran que **entre los trastornos de personalidad y la esquizofrenia existen límites bien definidos o que incluso son completamente independientes** (Schneider y Jaspers).

Kurt Schneider en su libro *Las Personalidades Psicopáticas* (1974-1923) afirma que "el cuadro clínico de toda psicosis está más o menos configurado por la personalidad". Es más, consideraba que entre la personalidad normal de los individuos y la psicosis hay cuadros clínicos intermedios que en ocasiones son las personalidades anormales, pero con límites bien definidos entre ellos:

"Las transiciones no están suficientemente comprobadas desde el punto de vista clínico. Para la teoría de la esquizofrenia, podría deducirse de esto que los procesos corporales existentes en el fondo de la esquizofrenia no están en relación tan íntima, como cree Kretschmer, con las constituciones generales predisponentes, es decir, que una constitución determinada es quizá una condición de la enfermedad pero nada más". (Schneider, 1974-1923).

La personalidad, para Schneider, era un elemento predisposicional más para la psicosis: *"Las psicosis endógenas pueden considerarse como asentadas sobre una disposición que comprende también la personalidad"*. Refería que aun cuando la personalidad prepsicótica ya no fuera perceptible por la propia psicosis, si persistían, y durante mucho tiempo, sus contenidos. Desde mucho antes se venía perfilando que la personalidad previa de los que llegan a ser esquizofrénicos es muy a menudo anormal. K. Schneider se refiere a los individuos prepsicóticos como raros, sensibles, reservados, fríos y extravagantes. Reconoce, además, que entre los parientes de los esquizofrénicos, se encuentran muchas personalidades raras (Schneider, 1974-1923).

Jaspers (1948-1913) considera que los procesos psíquicos se diferencian del desarrollo de la personalidad por distintas causas:

- emergen independientemente de la organización de la personalidad;
- no son explicables por el conocimiento de la personalidad previa;
- tienen su curso propio e independiente.

Las entidades esquizoides, debido a la ausencia de un progresivo deterioro y de una actividad psicótica, fueron interpretados por distintos autores como estados psicóticos que se habían paralizado en algún momento del pasado. Se pensó que éste era el mecanismo a partir del cual se desarrollaba la esquizofrenia. Pero se pensaba que era sólo el origen de un determinado número de casos. No todos los esquizofrénicos eran precedidos del desarrollo de una personalidad esquizoide (Planansky, 1966).

En la literatura hay algunos intentos de describir otros tipos de personalidad premórbidos a la esquizofrenia; así **Arieti** en 1955 describe dos tipos de personalidad precediendo al comienzo de la psicosis, por un lado la personalidad esquizoide, y por otro la tormentosa. A estos últimos los define como sujetos cambiantes, violentos y drásticos (Arieti, 1974). Este autor no considera estos tipos de personalidad como exclusivamente prepsicóticos. Aun cuando son muy pronunciados no necesariamente van a desencadenar una descompensación psicótica. Tampoco excluye que puedan existir otros tipos de personalidad preesquizofrénica

Otros autores como **Wyrsh**, **Jonhson**, **Searles** y **Mahler** hacen referencias a la personalidad simbiótica de los pacientes psicóticos que estaría claramente en relación con las personalidades esquizoide y dependiente premórbidas de los esquizofrénicos.

3.8.- TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA

En las últimas décadas de este siglo XX ha sido cuando se han realizado no solo estudios descriptivos sino el mayor número de investigaciones empíricas y científicas sobre los trastornos de personalidad relacionados con la esquizofrenia. Ha surgido así el concepto de "Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia".

La mayoría de los autores pusieron énfasis en la similitud de las características premórbidas en la esquizofrenia con las desviaciones mentales observadas en familiares de esquizofrénicos, en esquizofrénicos en remisión y en las formas muy básicas de la esquizofrenia. Tales características podrían ser vistas como rasgos o marcadores indicando la presencia de un genotipo esquizofrénico (Parnas y Jorgensen, 1989). El término esquizoide surgió para describir el parecido o la derivación psicopatológica de la esquizofrenia, y se empezó a hablar de un concepto de predisposición constitucional en la esquizofrenia (Planansky, 1966).

En las clasificaciones de los trastornos mentales se empiezan a incluir estos conceptos bajo la única rúbrica diagnóstica del trastorno de personalidad esquizoide. Es en 1980, cuando la APA publica su tercera edición del DSM, que el trastorno de personalidad esquizoide queda excindido en los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico y evitativo.

El trastorno esquizotípico tenía sus antecedentes en los estudios clínicos descriptivos de sujetos con cuadros similares a la esquizofrenia pero que no presentaban una psicosis franca (Kendler, 1985). El último impulso para ser incluido en la DSM-III surge de los trabajos de Spitzer y col. (1979). Estos autores dentro del concepto común de trastorno *borderline*, demuestran la diferencia entre

lo que era esquizofrenia borderline, que pasaría a ser el trastorno de personalidad esquizotípico, y la personalidad inestable, que sería el trastorno de personalidad límite. El trastorno de personalidad esquizotípico se convertiría en el principal representante de los trastornos del espectro de la esquizofrenia (Kendler y col. 1981-a, Gunderson y col. 1983, Torgensen 1985).

El trastorno de personalidad evitativo, aunque tiene sus precedentes en el psicópata asténico de Schneider (1974-1923) y en el carácter fóbico de Fenichel (Widiger y Frances, 1989), aparece como un desgarró del trastorno esquizoide original. La distinción evitativo-esquizoide está basada en la teoría del aprendizaje biosocial de Millon y su interpretación de los trastornos de personalidad de Kretschmer (Livesly y col. 1985).

En realidad los trastornos esquizoides, esquizotípicos y evitativos pueden ser variantes ligeramente diferentes de un único trastorno de personalidad, o diferentes puntos a lo largo de un espectro esquizofrénico (Wolff y Chick 1980, Widiger y col. 1988, Siever y col. 1990).

El trastorno de personalidad paranoide con sus antecedentes en los psicópatas fanáticos de Schneider (1974-1923) es otro trastorno relacionado con el espectro de la esquizofrenia, pero de una forma más controvertida. Parece que al menos un subgrupo de pacientes con trastorno de personalidad paranoide están más estrechamente relacionados con los trastornos delirantes crónicos que con la esquizofrenia (Kendler y col. 1985-b).

Las evidencias sugestivas de un **vínculo genético** entre esquizofrenia y los trastornos no psicóticos parecidos a la esquizofrenia han sido aportados por **investigaciones familiares, de adoptivos y de gemelos**.

Los resultados más definitivos en apoyo de este vínculo genético han surgido del **Estudio Danés de Adopción de la Esquizofrenia**. Kety y col. (1968) publicaron el primer artículo de este estudio de adopción. Entre los familiares biológicos de esquizofrénicos que habían sido adoptados se encontró un exceso de esquizofrenia crónica, borderline e incierta, tal cual las definieron los investigadores. El siguiente resultado importante de este estudio fue publicado en 1975 también por Kety y col. (Kendler y Gruenberg, 1984). Los resultados replicaban y concretaban los resultados del artículo original. Resultados similares fueron encontrados por Rosenthal y col. (1971) en un estudio de descendientes de esquizofrénicos adoptados. Estos estudios genéticos sugerían que en la extensión en que la esquizofrenia es heredable, se hereda como un conjunto de trastornos del espectro esquizofrénico, es decir, como rasgos relacionados con la esquizofrenia.

Estos estudios han sido reexaminados utilizando criterios diagnósticos más precisos. Primero Spitzer y col. en 1975 utilizando la Research Diagnostic Criteria (RDC) (Kendler y Gruenberg (1984); y después Gunderson y col. (1983) utilizando el DSM-III encuentran que el trastorno de personalidad esquizotípico estaba significativamente concentrado en los familiares biológicos de los esquizofrénicos adoptados, sobre todo si se trataba de esquizofrénicos crónicos. De esta forma se confirmaban los resultados del Estudio Danés de Adopción de la Esquizofrenia.

Kendler y col. en 1981 analizaron la relación entre los trastornos de personalidad esquizotípicos y la esquizofrenia en un subgrupo de sujetos del estudio de Adopción Danés. Su análisis confirmaba los resultados originales y apoyaba el vínculo genético propuesto entre los dos trastornos.

Otros resultados apoyando los datos referidos son encontrados también por Torgensen (1985) en un estudio sobre gemelos.

Kendler y Gruenberg (1982) demuestran que otro trastorno diferente del esquizotípico, definido en el DSM-III como trastorno de personalidad paranoide, es otro integrante genético del espectro de la esquizofrenia como inicialmente se consideró por Kety y col.

Wolff, junto con otros (Cull y col., 1984), una autora que ha trabajado profundamente en el tema del trastorno de personalidad esquizoide argumenta que los rasgos de personalidad esquizoide, que en sí mismos no tienen significación patológica, son probablemente una expresión fenotípica de uno de los determinantes genéticos de la esquizofrenia.

En definitiva, los estudios familiares, adoptivos y gemelares de probandos esquizofrénicos han sugerido que los **factores genéticos asociados con la esquizofrenia son expresados como un espectro de trastornos relacionados**, incluyendo los **trastornos de personalidad esquizotípico**, Kendler y col. 1981, 1982, Baron y col. 1983, Gunderson y col. 1983, Kendler y Gruenberg 1984, Siever y col. 1990, Onstad y col. 1991 y Wolff 1991-a) **paranoide** (Kendler y Gruenberg 1982, 1984, Siever y Gunderson 1983, Widiger y Frances 1989, Siever y col. 1990, Onstad y col. 1991) y **esquizoide** (Baron y col. 1983-b, Siever y col. 1990, Wolff 1991-a, Widiger y Gunderson 1992). También se incluyen los trastornos esquizoafectivos (Kendler y Gruenberg, 1984, Kendler y Adler, 1984, Kendler y col., 1985) y psicosis atípicas (Kendler y col. 1985).

Existen además varios estudios neurobiológicos que apoyan el vínculo entre la esquizofrenia y los trastornos de personalidad del espectro y van en la línea de lo comentado. Así, se han demostrado déficits en el seguimiento ocular, atención y procesamiento de la información en sujetos con trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia, similares a los observados en los pacientes esquizofrénicos (Siever, 1985, Siever y Coursey, 1985).

Cada una de las variantes fenotípicas del espectro de la esquizofrenia podrían corresponder a diferentes grados de riesgo en un continuo genético-ambiental, todos ellos con una etiología común, pero con diferente umbral para la manifestación de una esquizofrenia franca (Baron y Risch, 1986).

Zubin y Spring (1977), en relación con este tema, se plantean la siguiente pregunta: ¿Habría que adoptar una aproximación dimensional en la que cada trastorno del espectro se diferenciaría según el grado cuantitativo de severidad o una categorial en la que cada trastorno del espectro es una subcategoría particular con etiologías diferentes?

3.9.- RELACIÓN ENTRE ESQUIZOFRENIA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Ya hemos visto como la relación entre la personalidad premórbida y la esquizofrenia comenzó a ser estudiada en los primeros años de este siglo. Algunos autores proponen que la esquizofrenia estaba producida por un empeoramiento de los rasgos esquizoides previamente presentes, por ejemplo Kraepelin, E. Bleuler y Kretschmer. Otros sugieren que la esquizofrenia era independiente de la personalidad previa, y los pacientes esquizofrénicos podrían previamente tener personalidades normales o cualquier trastorno de personalidad (Jaspers y Schneider).

Cuando se relacionan los trastornos de personalidad con la esquizofrenia se suele hacer mención a los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia, pero como sugiere Arieti (1974): ¿Es posible que otros trastornos de personalidad diferentes a los del espectro estén relacionados con la esquizofrenia? ¿Estos trastornos de personalidad no del espectro también se presentarían en el periodo premórbido del a esquizofrenia?

Los estudios de seguimiento a largo plazo han mostrado que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos no tienen una personalidad previa anormal y sólo algunos de ellos tienen una historia de personalidad esquizoide, esquizotípica y más raramente paranoide. Investigadores tempranos, referidos en Planansky (1966), demostraron que otros trastornos de personalidad no pertenecientes al espectro de la esquizofrenia también ocurren en los sujetos antes del desarrollo de la esquizofrenia y en familiares de esquizofrénicos.

Con todos estos datos ¿Cabría pensar que existen dos tipos de esquizofrenia, o dos extremos en el continuo de la esquizofrenia, según la personalidad previa? ¿Coincidiría esta división con la de Meehl?:

<p>Esquizofrenia producida exclusivamente por un empeoramiento de rasgos de personalidad premórbida del espectro</p>	<p>Esquizofrenia en sujetos con personalidades previas normales o con rasgos o trastornos de personalidad no necesariamente del espectro de la esquizofrenia</p>
<p>Apoyado por Kraepelin, E. Bleuler y Kretschmer</p>	<p>Apoyado por Jaspers y Schneider</p>
<p>Rasgos o trastornos de personalidad premórbidos relacionados genéticamente con la esquizofrenia</p>	<p>Rasgos o T. de personalidad no relacionados genéticamente, sino sólo importancia patoplástica</p>
<p>¿Esquizofrenia Esquizoatáxica?</p>	<p>¿Fenogenocopia de la esquizofrenia?</p>

Se han postulado tres posibles relaciones entre la personalidad premórbida y la psicopatología de la esquizofrenia (Zubin y col., 1983):

1.- La personalidad premórbida y el trastorno esquizofrénico podrían ser idénticos, con la personalidad desarrollándose a lo largo de una línea esquizofrénica.

2.- La personalidad premórbida podría ser ortogonal, es decir, independiente de la esquizofrenia, haciendo imposible predecir un episodio de esquizofrenia basándose en el conocimiento de la personalidad premórbida.

3.- Una tercera posibilidad sería interactiva, tomaría el punto medio entre una completa identidad y un completa independencia.

La literatura no contiene evidencias decisivas para favorecer ninguna de las tres posibilidades. Una relación causal parece improbable pues no más de un 9% de las personas con alteraciones de la personalidad tienden a desarrollar episodios esquizofrénicos (Zubin, 1983). Por tanto, para este autor la vulnerabilidad a los episodios de enfermedad es independiente de la personalidad, teniendo ésta el papel moderador. Los individuos vulnerables poseyendo una personalidad normal tendrían una protección mayor frente al desarrollo de la enfermedad que los que tuvieran personalidades anormales.

Con los datos hasta ahora vistos sí podemos plantear dos tipos de relación, una de **influencia genética** y otra de **influencia patoplástica**.

Hay varias posibilidades de relación genética entre la esquizofrenia y los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia, todas ellas apuntadas por Torgersen (1985):

1.- Una interpretación es que la esquizofrenia y el trastorno de personalidad tuvieran un genotipo análogo. Este genotipo estaría más agregado en las familias con distintos miembros con t.p. esquizotípico o del espectro y haría que la esquizofrenia fuera más probable que apareciera entre los hermanos.

2.- Otra interpretación basada en la investigación de los marcadores genéticos, sería que los genes específicos que predisponen a las características esquizotípicas podrían en conjunción con otros genes resultar en un fenotipo esquizofrénico. Estos genes pueden no ser necesariamente específicos para la esquizofrenia sino más bien reflejar una vulnerabilidad general a la descompensación.

3.- Una tercera posibilidad es que una atmósfera familiar adversa creada por los padres con trastornos de personalidad del espectro bajaría el umbral para la presentación fenotípica de la esquizofrenia.

4.- Cabe una cuarta hipótesis en función de uno de los resultados

del estudio Danés de Adopción (que los familiares biológicos de esquizofrénicos adoptados tenían más riesgo de padecer t.p. esquizotípico, pero los familiares de pacientes con t.p. esquizotípico no tenían más riesgo de padecer esquizofrenia): Esta hipótesis sería que entre los esquizotípicos existiera solamente un pequeño subgrupo que está genéticamente relacionado con la esquizofrenia.

La existencia de trastornos de personalidad premórbidos en los pacientes esquizofrénicos a parte de las implicaciones etiopatogénicas que puedan tener, van a tener unas implicaciones patoplásticas, modificando de distintas maneras la forma de presentación clínica de la enfermedad. Así Travin y Protter (1982) sugieren que la existencia de conductas desadaptadas, sobre todo cuando éstas son del tipo manipulativo, agresivo u hostil, pueden llegar a causar incluso errores diagnósticos que según los autores son mucho más frecuentes de lo que se pueda pensar en principio y que probablemente tengan que ver con la naturaleza de la interacción entre el examinador y el examinado.

Los estudios tempranos de la personalidad premórbida fueron pronósticos, preocupándose no tanto por la predicción de los episodios de enfermedad como por la predicción del resultado de tales episodios. El interés por la personalidad premórbida ha aumentado debido al posible papel que juega en el desarrollo de la enfermedad y sus posteriores recaídas. Mientras la personalidad premórbida parece jugar un papel modesto en iniciar o prevenir una enfermedad esquizofrénica su papel en moldear el resultado está mucho mejor establecido. La existencia de una personalidad premórbida anormal parece claramente asociada con mal pronóstico (Peralta y col., 1991).

La identificación de las características de personalidad preesquizofrénica podría tener alguna importancia en al menos tres áreas de investigación en la esquizofrenia (Parnas y col., 1982, Gunderson y col., 1983):

1.- Si los rasgos psicopatológicos premórbidos se asociaran a cuadros más esenciales de la enfermedad avanzada nos permitiría una mejor comprensión de la enfermedad.

2.- Si esos rasgos son suficientemente específicos, podrían servir para identificar los individuos con riesgo, tanto para la investigación como para la prevención.

3.- Podrían tener importancia en la búsqueda de manifestaciones más sutiles del genotipo esquizofrénico, ya que se ha propuesto que los rasgos esquizotípicos, los paranoides y los esquizoides están presentes tanto en futuros esquizofrénicos como en algunos familiares no psicóticos de esquizofrénicos.

4.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Hemos encontrado muy pocos trabajos que estudien la relación específica del ajuste premórbido y la personalidad previa del individuo con esquizofrenia como elementos separados, salvo el de Foerster y col. (1991). Estos autores estudian estos parámetros en relación al sexo.

En otros estudios anteriores sólo se hacen sugerencias de esta relación. Por ejemplo en el ítem C de la escala de Elguin de ajuste premórbido (Wittman 1941) se tenían en cuenta rasgos de personalidad. Lo que se llamó "personalidad encerrada en sí misma" puntuaba como un dato más para considerar un paciente como con mal ajuste premórbido. En la escala de Ajuste Premórbido Asocial, desarrollada por Gitterlman-Klein y Klein en 1969 (Kokes y col. 1977), se utilizaba una medida de la personalidad esquizoide, en dos épocas distintas de la vida, para conocer el ajuste premórbido.

Quitkin y col. (1976) demuestran alteraciones de ajuste premórbido dentro del grupo de esquizofrénicos que denominan asociales. Estos se corresponderían con los esquizofrénicos con un trastorno de personalidad esquizoide. Las alteraciones premórbidas que informan son una disminución de la competencia social con aislamiento durante la infancia, dificultades académicas, y un limitado rango de intereses, sin presentar signos psicóticos. En este grupo de pacientes, además, demuestran una elevada evidencia de organicidad, tanto en test psicológicos como en exploraciones neurológicas (mayor número de signos neurológicos blandos).

Como hemos comentado anteriormente en nuestro trabajo, cuando Nuechterlein y Dawson (1984) se refieren a las alteraciones premórbidas

encontradas en psicóticos, y las ponen en relación con distintas clases de vulnerabilidad, en realidad hablan de las características de algunos de los trastornos de personalidad que más se han relacionado con la esquizofrenia:

-La reducida capacidad de procesar la información es típica del trastorno de personalidad esquizotípico.

-Los déficits en la competencia social y en las habilidades de afrontamiento son características de los trastornos de personalidad evitativo, esquizoide y esquizotípico.

También hemos visto como Meehl (1962, 1990) hace una división entre esquizofrenia esquizoatáxica y no esquizoatáxica, que el mismo sugiere relacionadas con las personalidades del espectro en el caso de la primera y con otras diferentes o ninguna en el caso de la segunda, ¿estarían relacionadas con otras divisiones clásicas de la esquizofrenia, tales como la procesual y reactiva, o dicho de otra manera de mal y buen ajuste premórbido?

Más recientemente, Schanda y col. (1992) hacen referencia a que las escalas de ajuste premórbido, como la diseñada por Cannon-Spoor y col. en 1982, permiten la documentación estandarizada de las características de la personalidad premórbida de los esquizofrénicos. Pero, ¿en realidad es lo mismo medir ajuste premórbido que personalidad?

En cualquier caso, podemos afirmar que en la revisión bibliográfica realizada, la mayoría de las referencias a la relación entre ajuste premórbido y trastorno de la personalidad previa se hacen de soslayo. Y cuando se relacionan, los dos elementos son considerados como poco diferenciados entre sí.

Desde un punto de vista teórico habría distintas posibilidades de relación entre el ajuste premórbido y la personalidad previa de los pacientes

esquizofrénicos. Así puede suceder que:

1.- Que el ajuste premórbido sea **INDEPENDIENTE** de los trastornos y rasgos anormales de personalidad. En este caso las alteraciones del ajuste premórbido podrían ser consideradas como una **manifestación directa de la esquizofrenia** bien como vulnerabilidad o bien como manifestación clínica sutil y precocísima.

2.- Que el ajuste premórbido sea **DEPENDIENTE** de los trastornos y rasgos anormales de personalidad. En este caso caben dos posibilidades:

2.1.- Que sea **dependiente de todos los trastornos de personalidad**

El hecho de tener un trastorno de personalidad, fuera el que fuera, supondría un mal funcionamiento premórbido. En este caso las alteraciones del ajuste premórbido sería inespecíficas de la esquizofrenia y se podrían presentar en cualquier otro trastorno sindrómico siempre que existiera un trastorno de personalidad previo.

2.2.- Que sea **dependiente de algunos trastornos de personalidad**

Si las alteraciones del ajuste premórbido estuvieran **relacionadas con los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia** pero no con otro tipo de rasgos o trastornos de personalidad supondría:

-La existencia de pacientes esquizofrénicos con buenos y malos ajustes premórbidos.

-Las alteraciones del ajuste premórbido se podrían entender como una **manifestación de vulnerabilidad** pero en este caso **genética**.

En este caso existirían alteraciones del ajuste en los esquizofrénicos con rasgos o trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia, pero no

existirían alteraciones del ajuste en los esquizofrénicos sin trastornos de personalidad o con rasgos o trastornos diferentes de los del espectro. Utilizando los términos de Meehl, las alteraciones del ajuste premórbido se presentarían en las esquizofrenias esquizoatáxicas, pero no en las fenocopias de la esquizofrenia.

Con nuestro trabajo vamos a intentar arrojar algo de luz sobre todas las dudas que se han ido planteando a lo largo de esta Introducción.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

En el período premórbido de la esquizofrenia se han usado, entre otras, dos estrategias generales de investigación: el Ajuste Premórbido (biopsicosocial) y la Personalidad Previa y sus Trastornos. Ya que ambas cuestiones han sido estudiadas por separado, el interrogante que naturalmente surge es cómo se relacionan entre sí, si hay alguna relación entre ellas.

En el presente trabajo nos planteamos demostrar las siguientes **HIPÓTESIS:**

1.-Entre el ajuste premórbido y los rasgos anormales de la personalidad previa en esquizofrénicos habría una correlación, es decir, serían variables dependientes.

2.-Los pacientes con esquizofrenia presentarían diversos trastornos de personalidad (no solamente trastornos de personalidad del espectro) y rasgos patológicos de personalidad en distinto grado antes del desarrollo de la enfermedad.

3.-Sólo algunos trastornos de personalidad estarían relacionados con el mal ajuste premórbido. De todos los trastornos de personalidad los que se asociarían a un mal ajuste premórbido serían principalmente aquellos relacionados con el espectro de la esquizofrenia.

4.-El ajuste premórbido se podría entender como una manifestación de algunos trastornos de personalidad que ya se presentan antes del inicio de la enfermedad, más que como una característica específica o una expresión directa de la esquizofrenia.

Para demostrar estas hipótesis nos hemos planteado los siguientes **OBJETIVOS:**

- 1.-Medir el ajuste premórbido de pacientes esquizofrénicos.
- 2.-Medir los rasgos patológicos de personalidad y valorar los trastornos de personalidad en el período premórbido de los mismos pacientes esquizofrénicos.
- 3.-Estudiar la relación estadística entre los rasgos patológicos de la personalidad y el ajuste premórbido.
- 4.--Estudiar en que grado depende el ajuste premórbido de los rasgos previos de personalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- SUJETOS

Los sujetos, objeto del estudio, son un total de **40 pacientes esquizofrénicos**. Se eligió este número de sujetos por considerarlo, en un Estudio de Predeterminación del Tamaño de la Muestra, suficiente para realizar los trabajos estadísticos paramétricos que pretendíamos. Esta predeterminación del tamaño se llevó a cabo con el programa informático estadístico utilizado.

1.1.- ÁREA

El presente trabajo ha sido realizado en el Área 1 de Salud de la Comunidad de Madrid. Este área está formada por cuatro distritos, Vallecas, Moratalaz-Vicálvaro, Retiro y Arganda, este último de carácter rural. Tiene una población total de 650.000 habitantes aproximadamente.

Los dispositivos para Salud Mental en el área son:

-Un Centro de Salud Mental (CSM) para cada distrito, en los que existe una casi total integración de los profesionales de salud de las tres administraciones, la Central, la Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento.

-Un Servicio de Psiquiatría en el Hospital General Gregorio Marañón que consta de:

+Una Unidad de Hospitalización Breve con 75 camas.

+Un Hospital de Día con capacidad para 25 pacientes.

+Una Unidad de Psiquiatría de Enlace.

+Unas consultas ambulatorias que atienden a pacientes de cualquiera de los distritos del área.

Los sujetos para el trabajo de investigación que nos ocupa se han elegido de forma consecutiva de los siguientes dispositivos ambulatorios del Área 1:

- CSM de Vallecas.
- CSM de Retiro.
- Consultas externas de psiquiatría del Hospital General Gregorio Marañón.

1.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para ser incluidos en este trabajo los sujetos debían cumplir los siguientes criterios:

1.-Padecer una esquizofrenia según los criterios diagnósticos de la DSM-III-R (APA 1987).

2.-Tener más de 18 años de edad.

(Para el diagnóstico de algunos trastornos de personalidad, según la DSM-III-R, es necesario tener un mínimo de 18 años de edad, motivo por el cual decidimos restringir la edad de los sujetos).

3.-Que la esquizofrenia tenga un máximo de 10 años de evolución.

(Dado que se trata de un estudio retrospectivo, estudiando básicamente datos premórbidos del sujeto, limitamos el tiempo máximo de evolución para evitar el efecto deletéreo sobre los recuerdos y así aumentar la fiabilidad de los datos. Este margen de tiempo, por otro lado, nos permite la inclusión de pacientes con evoluciones muy diversas).

4.-Que el paciente esté en remisión de la fase aguda de la esquizofrenia y no esté deprimido en el momento del estudio.

(Así evitamos la contaminación por tales estados, tanto para el paciente como para la familia, en la aportación de datos sobre el ajuste premórbido y la

personalidad previa (Hirschfeld y col. 1983, Reich y col. 1986)).

1.3.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidos aquellos pacientes en los que existía:

1.-Deterioro global importante, que no permitiera la adecuada colaboración en las entrevistas; y una

2.-Falta de participación familiar para la recogida y verificación de los datos evaluados.

1.4.- CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

Las características sociodemográficas y clínicas de los 40 pacientes esquizofrénicos de la muestra son los que se refieren en las tablas I y II.

La muestra tiene una edad media de 29 +/- 6 años, de los cuales 22 son hombres (55%), y 18 mujeres (45%).

28 pacientes son solteros (70%), 10 (25%) son casados y 2 (5%) son separados. El nivel social de los pacientes, según la clasificación de Hollingshead y Redlich (1966), era progresivamente más frecuente hacia las clases bajas, así ninguno fue de clase I, 3 (7,5%) de clase II, 7 (17,5%) de clase III, 12 (30%) de clase IV y 18 (45%) de clase V.

Los niveles educativos más frecuentes fueron EGB y Bachillerato

completos, con 15 pacientes (37,5%) cada uno, siendo el resto un 10% de analfabetos o con estudios básicos inconclusos y 15% universitarios.

Los datos ocupacionales disponibles en el momento de la inclusión en el estudio revelaban que 20 pacientes (50%) estaban activos laboralmente, 13 estaban parados (32,5%) y 7 (17,5%) tenían incapacidades laborales transitorias o definitivas.

Tabla I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA (40 PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS)		
EDAD		29±6 años
SEXO	Varón	22 (55%)
	Mujer	18 (45%)
ESTADO CIVIL		
	Soltero	28 (70%)
	Casado	10 (25%)
	Separado	2 (5%)
NIVEL SOCIAL		
	Clase I (Alta)	0 (0%)
	Clase II	3 (7,5%)
	Clase III	7 (17,5%)
	Clase IV	12 (30%)
	Clase V (Baja)	18 (45%)
NIVEL EDUCATIVO		
	Analfabeto	4 (10%)
	EGB	15 (37,5%)
	BUP	15 (37,5%)
	Universitario	6 (15%)
DATOS OCUPACIONALES		
	Activo	20 (50%)
	Parado	13 (32,5%)
	Incapacitado	7 (17,5%)

Tabla II

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA (40 PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS)		
	MEDIA σ	RANGO
EDAD AL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD (años)	24,1 \pm 4,5	18-33
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (años)	5 \pm 4	1- 9
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	1,4 \pm 1,6	0- 7
	F.A.	F.R. %
TIPO DE COMIENZO DE LA PSICOSIS		
Agudo	20	50%
Insidioso	20	50%
TIPO DE ESQUIZOFRENIA		
Paranoide	30	75%
No Paranoide	10	15%
FORMA DE EVOLUCIÓN		
En crisis con recuperación completa	13	32,5%
En crisis sin recuperación completa	15	37,5%
Procesual	12	30%

Entre las características clínicas de la muestra nos encontramos que los pacientes tienen una edad media al comienzo de la enfermedad de $24,1 \pm 4,5$ años. El tiempo de evolución es de 5 ± 4 años, con un máximo de 9 años. También tienen $1,4 \pm 1,6$ hospitalizaciones psiquiátricas hasta el inicio del protocolo de estudio. A pesar de este número de hospitalizaciones el 100% de los pacientes seguían tratamiento a nivel ambulatorio en el momento del estudio.

Con respecto a la forma de comienzo la mitad lo hacen de forma insidiosa, la otra mitad tienen un comienzo brusco y repentino. Siguiendo los criterios elegidos por Cannon-Spoor y col. (1982) y Alvarez y col. (1987), consideramos comienzo agudo al intervalo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto psiquiátrico igual o menor de tres meses e insidioso por encima de tres meses.

El 75% (30 pacientes) tenían una esquizofrenia tipo paranoide. El 25%

restante tenían otro tipo diferente, incluyendo las formas desorganizada, indiferenciada y residual. En cuanto al tipo de evolución, (en crisis con recuperación completa, en crisis sin recuperación completa y procesual), se reparten casi en partes iguales, 32,5%, 37,5% y 30% respectivamente.

Todos estos datos nos sugieren que la muestra es representativa de todo el espectro de pacientes esquizofrénicos, no limitándose sólo a aquellos más severamente afectados, sino que incluye también pacientes bien integrados, de distintos tipos clínicos, de distintas formas de comienzo, etc.

Por otro lado, el 60% de los pacientes recibían psicoterapia además del tratamiento farmacológico. Los pacientes incluidos en psicoterapia seguían un programa combinado de terapia individual y grupal. Esto nos permitió tener un amplio y muy fiable conocimiento de los pacientes.

2. SISTEMAS DE MEDIDA

2.1.- DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

El diagnóstico de esquizofrenia se realizó siguiendo los criterios del DSM-III-R y utilizando la entrevista estructurada SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) de Spitzer y col. (1990-b).

2.2.- AJUSTE PREMÓRBIDO

Para hacer esta medición se utilizó la Escala de Ajuste Premórbido (PAS, Premorbid Adjustment Scale) de Cannon-Spoor y col. (1982). (Ver anexo).

2.2.1.- CONSIDERACIONES GENERALES

Es una escala de medida desarrollada para ser aplicada en trabajos de investigación. Se diseñó para evaluar el grado de desarrollo alcanzado en los distintos períodos de la vida del sujeto antes del comienzo de la esquizofrenia, el funcionamiento premórbido. Los autores describen el período premórbido como aquél que termina seis meses antes de la primera hospitalización psiquiátrica, del primer contacto psiquiátrico o de la evidencia de los síntomas psicóticos floridos característicos.

2.2.2.- DESCRIPCIÓN

Evalúa el nivel de funcionamiento en cuatro áreas mayores de cada uno de los distintos períodos de la vida del sujeto: 1º sociabilidad y aislamiento, 2º Relación con los compañeros, 3º capacidad para funcionar fuera del núcleo familiar y 4º capacidad para establecer vínculos sociosexuales. Los ítems evaluando cada una de esas áreas, se repiten para cada período de la vida del sujeto. Se establecen cuatro períodos: Infancia, hasta los 11 años; Adolescencia Temprana, de los 12 a los 15 años; Adolescencia Tardía, de los 16 a los 18 y Adulto, de los 19 años en adelante. Hay además una sección General, más global, que contiene ítems para estimar el nivel de funcionamiento más alto alcanzado por el sujeto antes de empezar la enfermedad, e información general

sobre el nivel de educación. La escala por tanto esta constituida por cinco subescalas que se puntúan por separado.

Sólo aquellos períodos que son premórbidos serán medidos en la escala. Es por este motivo que los pacientes incluidos en la investigación que iniciaron su psicosis a los 18 años no puntúan en el período adulto de la escala.

2.2.3.- INSTRUCCIONES GENERALES DE APLICACIÓN

Los autores recomiendan que la escala sea medida con los datos de familiares y las historias clínicas, pero también puede realizarse una entrevista con el sujeto en aquellas situaciones que el paciente puede aportar una información fiable. En nuestro trabajo, como veremos, tanto la entrevista familiar, como del propio paciente fueron realizadas en todos los casos.

Cada sección de las subescalas contiene un número de ítems que tiene un rango de puntuación de 0 a 6. El cero indica el ajuste hipotéticamente más sano y el 6, el menos. Cada una de las puntuaciones está en la escala definida por frases descriptivas. El evaluador selecciona el número que corresponde más exactamente con la frase del ítem en cuestión. Cuando no hay suficiente información para puntuar un ítem, se deja en blanco.

La resultados obtenidos para todos los ítems en cada subescala se suman y se dividen por la suma de la puntuación máxima posible de los ítems completados para ese paciente.

Además de la puntuación para las cinco subescalas se obtiene un resultado Total para el conjunto de la escala, que se calcula haciendo la media

de las puntuaciones de todas las subescalas medidas para ese paciente.

En nuestro trabajo, además de las medidas para las subescalas Infancia, Adolescencia Temprana, Adolescencia Tardía, Adulto, General y la puntuación Total, hemos obtenido con el mismo método descrito por los autores, los resultados en las áreas de Ajuste Social, Ajuste Escolar, Ajuste Laboral, y Autonomía. Se ha realizado mediante la suma de los ítemes a estas áreas referidos en los distintos periodos de su vida, dividiéndolo por la puntuación máxima posible. Así:

Ajuste Premórbido Social = I1 + I2 + Ap1 + Ap2 + At1 + At2 + AD1 + AD2 + G7

Ajuste Premórbido Escolar = I3 + I4 + Ap3 + Ap4 + At3 + At4 + G1

Ajuste Premórbido Sociosexual = Ap5 + At5 + AD3

Ajuste Premórbido Laboral = G2 + G3 + G4

Autonomía (Son el resto de los ítemes que en general se refieren a la capacidad de vida autónoma del sujeto) = G5 + G6 + G8 + G9.

I: Infancia	1: Sociabilidad y aislamiento
Ap: Adolescencia precoz	2: Relación con compañeros
At: Adolescencia tardía	3: Rendimiento escolar
AD: Adulto	4: Adaptación escolar
G: General	5: Aspectos sociosexuales

G1: Educación
G2: Tiempo de ocupación laboral/escolar
G3: Rendimiento laboral/escolar
G4: Tipo de interrupción del funcionamiento laboral/escolar
G5: Independización
G6: Funcionamiento máximo alcanzado
G7: Adaptación socio-personal
G8: Interés por la vida
G9: Nivel de actividad

En las 10 subescalas obtenidas la puntuación oscilaba desde 0, mejor ajuste premórbido, hasta 1, peor ajuste premórbido. Para completar cada entrevista se precisó entre 60 y 90 minutos.

2.2.4.- FIABILIDAD Y VALIDEZ

Los autores de la escala informan de una fiabilidad interevaluadores bastante buena cuando los dos evaluadores tienen experiencia en el uso de la escala (coeficiente de correlación $r = 0,85$ $p < 0.01$). Cuando los evaluadores no están entrenados en el uso de la escala, la fiabilidad frente a los entrenados fue aceptable (coeficiente de correlación $r = 0,74$ $p < 0.01$). Childers y Harding (1990) informan de una fiabilidad interevaluadores de la escala PAS algo menor que la publicada por Cannon-Spoor y col. con una $r = 0,61$ ($p < 0,001$), pero que se puede considerar aceptable.

La fiabilidad de la escala en español de Ajuste Premórbido de Cannon-Spoor y col., fue llevada a cabo por Alvarez y col. (1987). Publican una fiabilidad interevaluadores aceptable con una $r = 0,76$ ($p < 0,001$)

También Cannon-Spoor y col. (1982) demuestran la validez de la escala diferenciando claramente la población normal, de pacientes esquizofrénicos; los esquizofrénicos ambulatorios, de los esquizofrénicos con hospitalizaciones de larga estancia; los esquizofrénicos con un comienzo agudo de su psicosis, de aquellos con comienzo insidioso; y de los tres casos teniendo los primeros un ajuste premórbido mejor que los segundos.

2.3.- RASGOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Para medir los rasgos y trastornos de personalidad (t.p.) se utiliza la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-III-R (SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders) de Spitzer y col. (1990).

En el anexo se detallan los criterios para diagnosticar los trastornos de personalidad según la DSM-III-R y qué criterios exige el SCID-II para considerar cada rasgo como presente.

2.3.1.- CONSIDERACIONES GENERALES

El DSM-III-R define, mediante una serie de criterios, 11 trastornos de personalidad más 2 en su anexo. Es de carácter categórico y politético. A pesar de la existencia de criterios, la fiabilidad entre los distintos clínicos no es aceptable. Para la DSM-III se alcanzó un coeficiente Kappa de acuerdo interevaluadores medio, de 0,23 en el trabajo de Mellsop y col. (1982). Con la aparición de entrevistas dirigidas se reduce la fuente de variación y aumenta la fiabilidad de los diagnósticos, alcanzando valores Kappa de 0,7-0,8 (Mann y col. 1981, Stangl y col. 1985). Sin embargo, estos valores son menores que el acuerdo alcanzado para los diagnósticos del eje I.

La SCID-II es una entrevista estructurada, diseñada para diagnosticar el rango completo de trastornos de personalidad del DSM-III-R, incluyendo el trastorno autodestructivo de su anexo.

2.3.2.- DESCRIPCIÓN

En el SCID-II los criterios están reunidos de acuerdo al conjunto de criterios del DSM-III-R y todas las cuestiones pertenecientes a un trastorno de personalidad están agrupadas.

Está constituido por una breve introducción en la que se hacen preguntas abiertas. Estas nos sirven para obtener información acerca de las relaciones y conducta más habitual del sujeto y de su capacidad para la autorreflexión.

El cuerpo de la entrevista lo forman grupos de preguntas cerradas y abiertas. Hay al menos una pregunta cerrada para cada criterio de los trastornos de personalidad. En todos los casos éstas se siguen de preguntas abiertas para obtener la suficiente evidencia de que las características descritas en la pregunta cerrada son patológicas, persistentes y generalizadas. Patológica, en el sentido de que tal característica está fuera del rango normal de variación; persistente, referido a una frecuencia importante y una duración de algunos años; generalizada, que la característica aparece en una variedad de contextos y no se limita a un ámbito exclusivo de su vida, o aparece en situaciones inusuales.

La mayoría de los criterios se analizan preguntando cuestiones sencillas, sin embargo el entrevistador es alentado para hacer preguntas adicionales con la intención de clarificar las respuestas ambiguas. El juicio clínico del entrevistador determina si un criterio particular se cumple o no.

En función de todas estas cuestiones cada uno de los criterios de los trastornos de personalidad van a obtener una puntuación:

- +información insuficiente,
- +ausente,

+en el límite, o

+presente.

Para mantener una actitud conservadora, las tres primeras puntuaciones (información insuficiente, ausente y en el límite) nos hicieron considerar el rasgo como ausente. Para adjudicarle el rango de presente hay que tener la evidencia clara de que el ítem cumple los tres requisitos de ser patológico, persistente y generalizado. Los autores dan en el cuadernillo de la entrevista una guía para puntuar como presente cada uno de los ítems (ver anexo). Además hay que distinguir el rasgo de personalidad del estado patológico psicótico. Para ello se da la instrucción genérica de que todas las cuestiones deben ser contestadas con respecto a su personalidad antes del inicio de la esquizofrenia, y cuando se va analizado cada criterio se hace mención explícita para excluir la confusión síntoma-rasgo. En todos los sujetos intentamos asegurar que los rasgos patológicos de personalidad no eran una consecuencia temporal de los síntomas del trastorno del eje I.

Además de la entrevista existe un Cuestionario de Personalidad del SCID-II constituido por 113 preguntas, que se corresponden con las preguntas cerradas de la Entrevista Estructurada. En la mayoría de los casos el límite para la respuesta positiva en el Cuestionario es considerablemente menor que para el ítem correspondiente del SCID-II. Por tanto el cuestionario actúa como un instrumento de búsqueda con unas intencionalmente altas tasas de falsos positivos.

2.3.3.- INSTRUCCIONES DE USO

En primer lugar, se le suministró el Cuestionario de Personalidad al sujeto

y al informante para que lo rellenaran, lo que les supuso unos 20 minutos. Posteriormente, mediante la entrevista indagábamos sobre todas las cuestiones que el sujeto había contestado de forma positiva. También se profundizó en aquellas cuestiones que habían contestado negativamente cuando se tenía la base clínica para sospechar que determinado ítem era cierto. Para completar la entrevista se requirió entre 90 y 120 minutos con el paciente, y un tiempo similar con los familiares.

Se enfatiza que el paciente y su familia, en entrevistas separadas, deben fijarse en su comportamiento habitual antes del inicio de los síntomas psicóticos. Siempre, y con un especial cuidado en aquellos casos que el inicio fue solapado, se analizó la personalidad hasta 6 meses antes de la primera hospitalización, primer contacto psiquiátrico o primeros síntomas. Este límite de tiempo se tuvo especialmente en cuenta al analizar el trastorno de personalidad esquizotípico, paranoide y esquizoide, algunos de cuyos rasgos pueden confundirse fácilmente con el inicio de la psicosis.

La entrevista de un informante conocedor del paciente se hace aquí más importante que en el resto de la pruebas:

-Los rasgos del eje II, a diferencia de los síntomas del eje I, están basados en comportamientos nada sencillos, en la forma de relacionarse y de interactuar con los demás. Para su reconocimiento y descripción hace falta tener una buena capacidad de insight o de autoconocimiento.

-El estado psiquiátrico del paciente puede colorear sus percepciones acerca de su personalidad habitual.

-La utilización de información adicional de personas allegadas es crucial en los pacientes esquizofrénicos, más aún si tienen un trastorno de personalidad paranoide, esquizotípico o esquizoide, ya que son pacientes especialmente reservados y suspicaces.

En general, según el estudio de Zimmerman (1986) la información de los familiares revelaba patología adicional a la información aportada por el paciente y muy infrecuentemente fue usada para retractarse en algún diagnóstico. A pesar de que existía información diferente entre pacientes y familiares los resultados de los trastornos de personalidad no se vieron modificados de forma importante.

Cuando las contestaciones del paciente y del informante (familia o persona allegada) no coinciden, el evaluador pesa la validez de cada fuente usando su propio criterio clínico. En estos casos también se contaba con la colaboración de su psiquiatra habitual para llegar a una solución por consenso (psiquiatra-investigador).

Los diagnósticos de trastorno de personalidad fueron hechos sin tener en cuenta los criterios de exclusión explicitados en la DSM-III-R.

Se consideró que un trastorno de personalidad estaba presente cuando cumplía, como mínimo, el número de criterios exigidos por la DSM-III-R. Además de usar el SCID-II para considerar el diagnóstico como ausente o presente, es decir, de una forma categórica, también se realizó una medida dimensional. El número de criterios cumplidos por cada paciente para cada trastorno de personalidad fue expresado como una proporción del número total de criterios que dicho trastorno tiene.

Las puntuaciones dimensionales fueron expresadas como porcentajes y oscilaban entre 0% (ausencia de rasgos de determinado trastorno) y 100% (el paciente posee todos los rasgos del trastorno).

En suma, para cada trastorno de personalidad en el SCID-II se obtuvieron dos medidas, una cualitativa y otra cuantitativa, un diagnóstico presente o no

presente y una medida de la proporción de rasgos.

CUALITATIVA: El trastorno de personalidad se considera presente cuando cumple como mínimo el número de criterios exigidos por el DSM-III-R.

CUANTITATIVA: El número de criterios cumplidos por cada paciente para cada trastorno de personalidad se expresó como una proporción del número total de criterios que el t.p. tiene.

Esta es una medida dimensional apoyada por prestigiosos autores.

Esta medida dimensional de los trastornos de personalidad de la DSM-III-R está apoyada por diversos autores. Spitzer (1990-b) en su descripción del SCID-II afirma que los diagnósticos del eje II pueden ser hechos bien categóricamente o bien dimensionalmente, en función del número de criterios que estén presentes para cada diagnóstico. Frances (1982) observó que la clasificación categórica de los t.p. está llena de muchas limitaciones inherentes y proponía que un sistema dimensional debería ser suplementario, primero en la investigación y luego en las aplicaciones clínicas. Kass y col. (1985) afirman que puesto que muchos pacientes tienen algún rasgo de personalidad o casi cumplen los criterios del DSM-III-R de trastorno de personalidad, el juicio categórico necesariamente resulta en una pérdida de información. Para estos autores la recogida de esta información es de vital importancia. Widiger y Frances (1985) aconsejan dar una medida de prototypicalidad de los t.p. La manera de hacerlo que sugieren es tener en cuenta la proporción de criterios que posee el paciente, es decir, el número de criterios que cumple dividido por el número total existente. Widiger y col. (1987) incluyen la introducción de un sistema dimensional, de forma que cada trastorno puede existir en distintos grados de severidad. Zimmerman y col. 1989 y 1990 y Samuels y col. (1994) también utilizan puntuaciones dimensionales con respecto

al DSM-III. Para ellos, las puntuaciones dimensionales reflejan el número de criterios de trastornos de personalidad que cumplen. Hogg (1990) en su estudio adopta ambas aproximaciones tipológicas al diagnosticar los t.p. del DSM-III: El diagnóstico tal cual recomienda el manual y una aproximación dimensional donde cada trastorno de personalidad representa una dimensión a lo largo de la cual la posición del individuo es determinada por la proporción de criterios que satisfacen con respecto al total.

2.3.4.- VALIDEZ Y FIABILIDAD

Los investigadores en trastornos de personalidad están enfrentados con una prueba doble, validar los instrumentos, pero también validar los criterios clínicos. Sería por tanto muy difícil demostrar la validez del SCID-II si los criterios del eje II DSM-III-R no son validados en sí mismos. El SCID-II satisface, en principio, la validez para los criterios de la DSM-III-R ya que los ítems que realmente se miden son palabra por palabra el manual.

Para estudiar la validez lo adecuado sería compararlo con los diagnósticos realizados por clínicos experimentados que aplicaran los criterios de los t.p. mediante una entrevista libre. Sin embargo, este sistema, al carecer de fiabilidad, no permitiría validar. Dadas las circunstancias se podría estudiar su utilidad con otras entrevistas estructuradas. Hasta la fecha ningún instrumento de análisis de los t.p. ha demostrado ser mejor que otro, al menos en parte porque no hay una prueba infalible con la que se pueda comparar (Skodol 1988).

Hylér y col. en 1990(b) encuentran un acuerdo modesto entre el SCID-II y el PDE (Personality Disorder Examination), (ver tabla III).

Tabla III

Acuerdo entre PDE y SCID-II Hylér y col. 1990	
Trast. de personalidad	Kappa
Paranoide	0,27 *
Esquizoide	0,16
Esquizotípico	0,44 *
Antisocial	0,64 *
Límite	0,53 *
Histriónico	0,56 *
Narcisista	0,42 *
Evitativo	0,57 *
Dependiente	0,70 *
Obsesivo-compulsivo	0,46 *
Pasivo-agresivo	0,29
Autoagresivo	0,43 *
* significativo $p < 0,05$	

Skodol en 1988 estudia la utilidad del SCID-II con métodos longitudinales, (LEAD -Longitudinal Expert Evaluation using All Data-), demostrando que tiene potencial para diagnosticar las disfunciones a largo plazo de la personalidad características de los trastornos de ésta. Encuentra que los trastornos con una psicopatología distintiva definida conductualmente (por ejemplo antisocial y esquizotípico) son más exactos que los trastornos cuyos ítemes requieren más inferencia por parte del entrevistador como el t.p. narcisista y el t.p. autoagresivo. El t.p. evitativo y el t.p. obsesivo-compulsivo están asociados con altas tasas de falsos positivos y no falsos negativos al diagnosticarlos con el SCID-II sugiriendo que los criterios para estos trastornos se cumplen con demasiada facilidad.

En cuanto a la fiabilidad, Arntz y col. (1992) realizan un trabajo explorando la

fiabilidad interevaluadores por trastornos de personalidad mediante el Kappa y por criterios mediante el coeficiente de correlación interclase. (Ver tabla IV)

Tabla IV

FIABILIDAD DEL SCID-II ARNTZ Y Col. 1992		
TRAST. DE PERSONALIDAD	KAPPA POR TRASTORNO	COR. MEDIA POR CRITERIO
Evitativo	0.82	0.87
Dependiente	1.00	0.86
Obsesivo-compulsivo	0.72	0.84
Pasivo-agresivo	0.66	0.84
Autoagresivo	1.00	0.75
Paranoide	0.77	0.88
Esquizotípico	0.65	0.64
Esquizoide	--	0.75
Histriónico	0.85	0.77
Narcisista	1.00	0.85
Límite	0.79	0.83
Criterio B antisocial	--	0.83
Criterio C antisocial	--	0.93

En conjunto encuentran que las fiabilidades de los criterios del SCID-II son muy buenas con 84 criterios de 116 con una fiabilidad superiores a 0,75. Sólo 6 tenían una fiabilidad mala por debajo de 0,60, entre ellos los 5 criterios observacionales. El acuerdo interevaluadores para los trastornos de personalidad por separado es entre moderado y excelente. Como conclusión afirman que el SCID-II es un instrumento fiable.

En nuestro trabajo se realizó un estudio de fiabilidad con 12 pacientes de la muestra de esquizofrénicos. En cada entrevista participaron dos evaluadores,

uno dirigiendo la entrevista y otro como observador. Los resultados Kappa que se obtuvieron, igual que en el trabajo de Arntz y col. (1992), oscilaban entre moderados y excelentes (Ver tabla V).

Tabla V

FIABILIDAD INTEREVALUADORES CON 12 ESQUIZOFRENICOS	
TRAST. PERSONALIDAD PREMORB.	KAPPA
Evitativo	0.76
Dependiente	0.81
Obsesivo-compulsivo	0.76
Pasivo-agresivo	1.00
Autodestructivo	1.00
Paranoide	0.76
Esquizotípico	0.65
Esquizoide	1.00
Histriónico	1.00
Narcisista	0.65
Límite	1.00
Criterio B antisocial	1.00
Criterio C antisocial	1.00

3.- PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionados los casos clínicos, de acuerdo con los criterios expuestos en el apartado I, se procedió durante distintas entrevistas a la aplicación de las pruebas.

El realizador del presente trabajo había completado un período de entrenamiento de tres meses con cada uno de los instrumentos de valoración que se incluyen.

El orden con que se pasaron las pruebas fue:

- 1) Datos sociodemográficos y clínicos, y una completa historia biográfica.
- 2) Escala de ajuste premórbido.
- 3) Entrevista para los trastornos de personalidad.

En todos los casos se dedicaron entrevistas diferentes para cada una de las pruebas, tanto para los pacientes como para los informantes. Debido a la larga duración del estudio de la personalidad, éste fue completado en un mínimo de dos sesiones para minimizar la inatención causada por la fatiga.

En 15 pacientes la medida del trastorno de personalidad fue realizada por otro evaluador que fue ciego a los resultados de ajuste premórbido. Se realizó un estudio comparativo con el resto de los pacientes para cuyas medidas el realizador de este trabajo no fue ciego. No se obtuvieron diferencias significativas.

Para la recogida de información y valoración de los pacientes:

*Se revisó todo el material clínico incluido en sus historias comunitarias y hospitalarias.

*Se realizaron entrevistas directas con los pacientes.

*Se mantuvieron entrevistas con familiares directos, fundamentalmente los padres, o personas allegadas que conocían al paciente antes del inicio de la esquizofrenia, para aumentar la fiabilidad de los datos retrospectivos aportados por los pacientes.

Los datos no coincidentes de las distintas fuentes fueron analizados con el psiquiatra que se encargaba de su tratamiento para llegar a un resultado por consenso.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el lugar donde estaban siendo tratados los pacientes, bien los centros de salud, bien las consultas ambulatorias del hospital. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por el investigador doctorando.

Todos los pacientes, así como sus familiares, antes de su inclusión en el trabajo dieron su consentimiento verbal para su participación en la evaluación investigadora.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron codificados numéricamente e incluidos en una base de datos informática.

Se analizaron los datos de manera informatizada utilizando un ordenador personal y el programa estadístico Sigma.

Se comprobó que las variables cuantitativas seguían una distribución normal, lo que permitió realizar estudios estadísticos paramétricos.

Los análisis estadísticos con que tratamos los datos son los siguientes:

-Comparación de medias entre variables cuantitativas y cualitativas.

-Correlación de Pearson entre variables cuantitativas.

-Regresión lineal múltiple por pasos. Con este método podemos obtener una ecuación nuclear o conjunto de predictores para una variable dada, y se puede estimar la cantidad de varianza que se produce por el conjunto de predictores identificados.

RESULTADOS

1. AJUSTE PREMÓRBIDO

El ajuste premórbido medio para cada una de las subescalas y áreas se presenta en las tablas 1 y 2 y en los gráficos 1 y 2. Como podemos ver, las puntuaciones oscilan entre 0, que se corresponde con el mejor ajuste, y 1, que se refiere al peor funcionamiento premórbido de los sujetos. Todos los resultados de ajuste premórbido se ajustan a una distribución Normal.

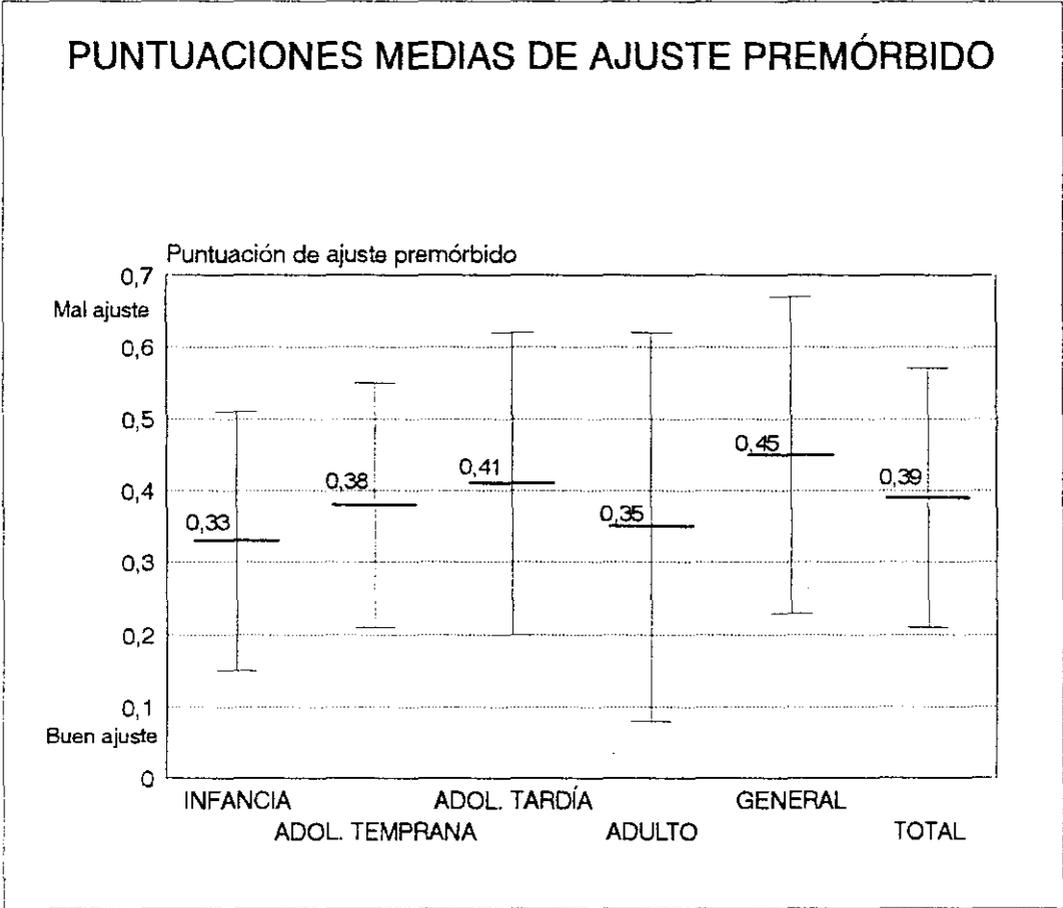
Tabla 1

AJUSTE PREMÓRBIDO				
SUBESCALAS	MEDIA	DESV. TIP.	MIN	MAX
INFANCIA	0,33	0,18	0,08	0,71
ADOL. TEMPRANA	0,38	0,17	0,10	0,80
ADOL. TARDIA	0,41	0,21	0,00	0,87
ADULTO	0,35	0,27	0,00	0,83
GENERAL	0,45	0,22	0,09	0,93
TOTAL	0,39	0,18	0,09	0,74

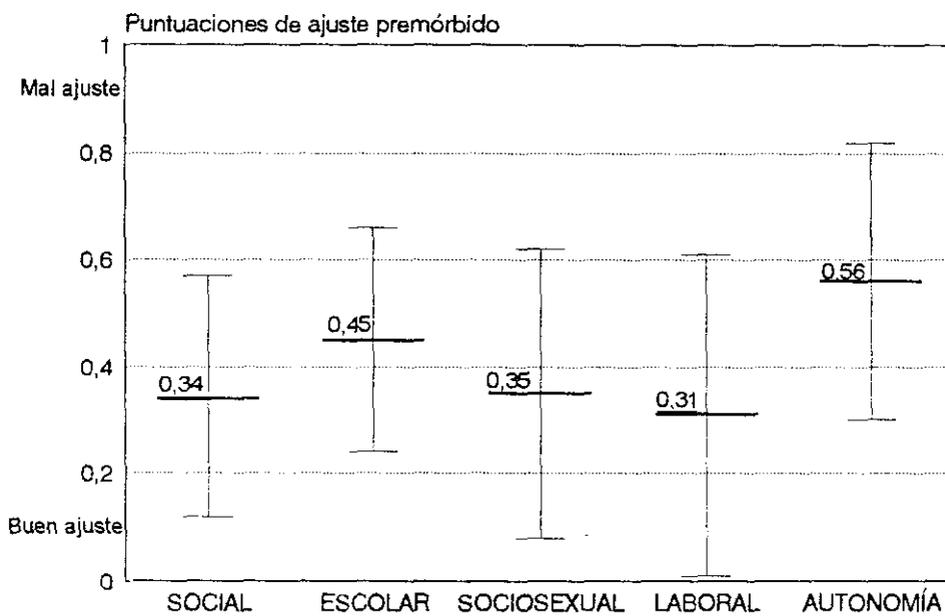
Tabla 2

AJUSTE PREMÓRBIDO POR ÁREAS				
	MEDIA	DESV. TIP.	MIN	MAX
SOCIAL	0,34	0,22	0,02	0,76
ESCOLAR	0,45	0,21	0,02	0,81
SOCIOSEXUAL	0,35	0,27	0,00	0,89
LABORAL	0,31	0,30	0,00	0,94
AUTONOMÍA	0,56	0,26	0,00	1,00

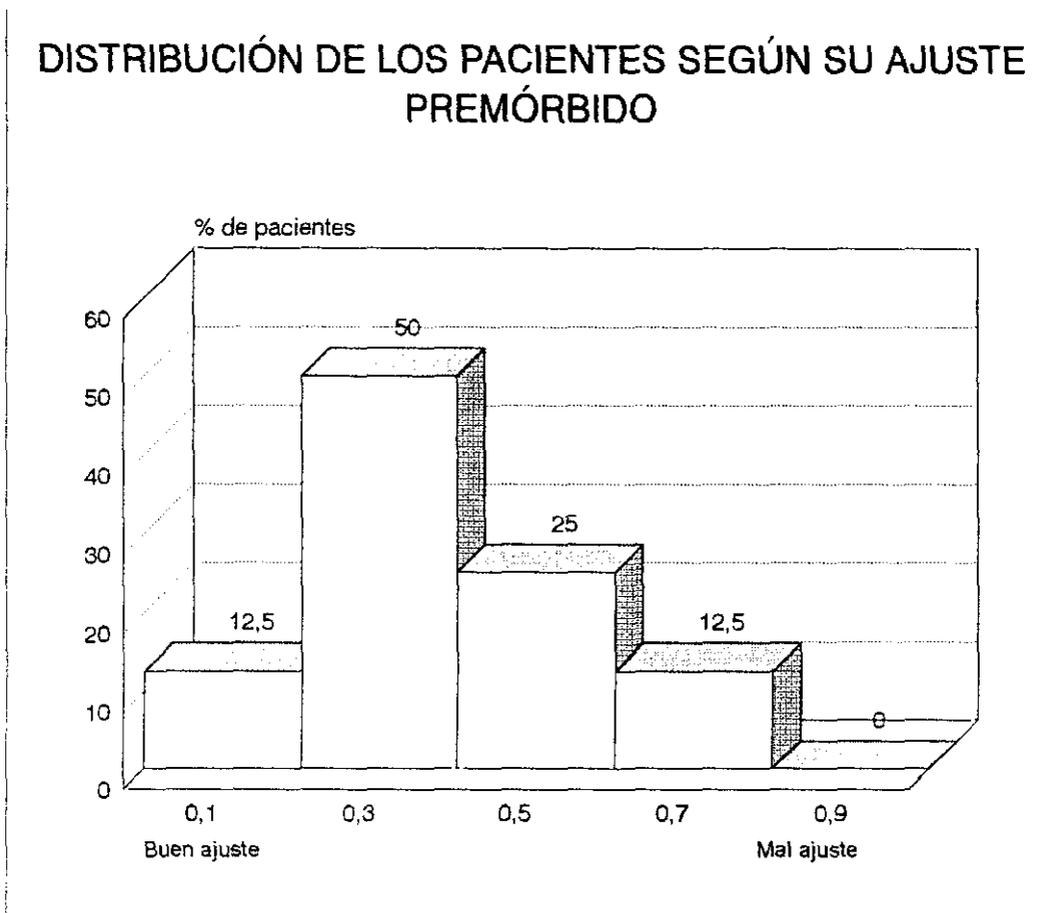
Los mejores resultados premórbidos son los referidos a la infancia. El peor funcionamiento por subescalas es el recogido en la general. Por áreas, la que obtiene un resultado mejor es el área laboral, en tanto que es la capacidad de autonomía antes de la psicosis la más deficiente.



PUNTUACIONES MEDIAS DE AJUSTE PREMÓRBIDO POR ÁREAS



En el histograma de frecuencias del ajuste premórbido (gráfico 3) hemos dividido a éste en 5 clases desde el muy buen ajuste hasta el muy malo. Podemos observar como los pacientes muestran en su mayoría un ajuste por debajo del punto medio del rango, hacia el extremo del buen ajuste. En el intervalo de clase 0,2 a 0,4 se encuentran el 50% de los pacientes. En el intervalo medio de 0,4 a 0,6 se encuentra el 25%. Es llamativo que en el extremo de mal ajuste no hay ningún paciente, pero un 12,5% de los pacientes ocupan el extremo de buen ajuste.



2. TRASTORNOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD

2.1. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA

2.1.1 NÚMERO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ASOCIACIONES.

De los 40 pacientes incluidos en este estudio 34 pacientes (85%) tienen uno o más trastornos de personalidad (t.p.). Solamente 6 (15%) no tienen ningún t.p. (tabla 3 y gráfico 4).

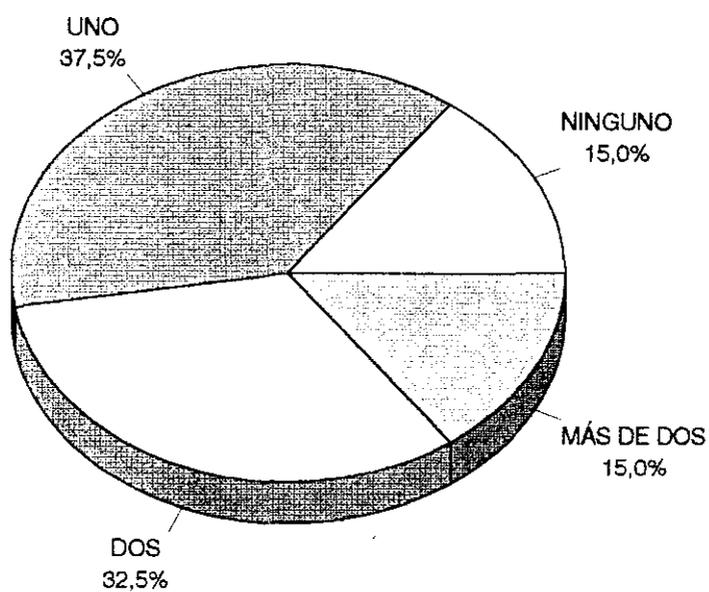
Tabla 3

NUMERO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS		
	F.A.	%
NINGUNO	6	15
UNO	15	37,5
DOS	13	32,5
MAS DE DOS	6	15
	40	100

15 pacientes (37,5%) tenían un t.p. único. Lo más frecuente fue encontrar trastornos de personalidad asociados. Los 18 pacientes con dos ó más trastornos suponen un 47,5% del total.

El número medio de trastornos de personalidad encontrados fue de $1,6 \pm 1,3$ con un rango de 0 a 6. Se hallaron 5 trastornos asociados en un mismo paciente y 6 en otro.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

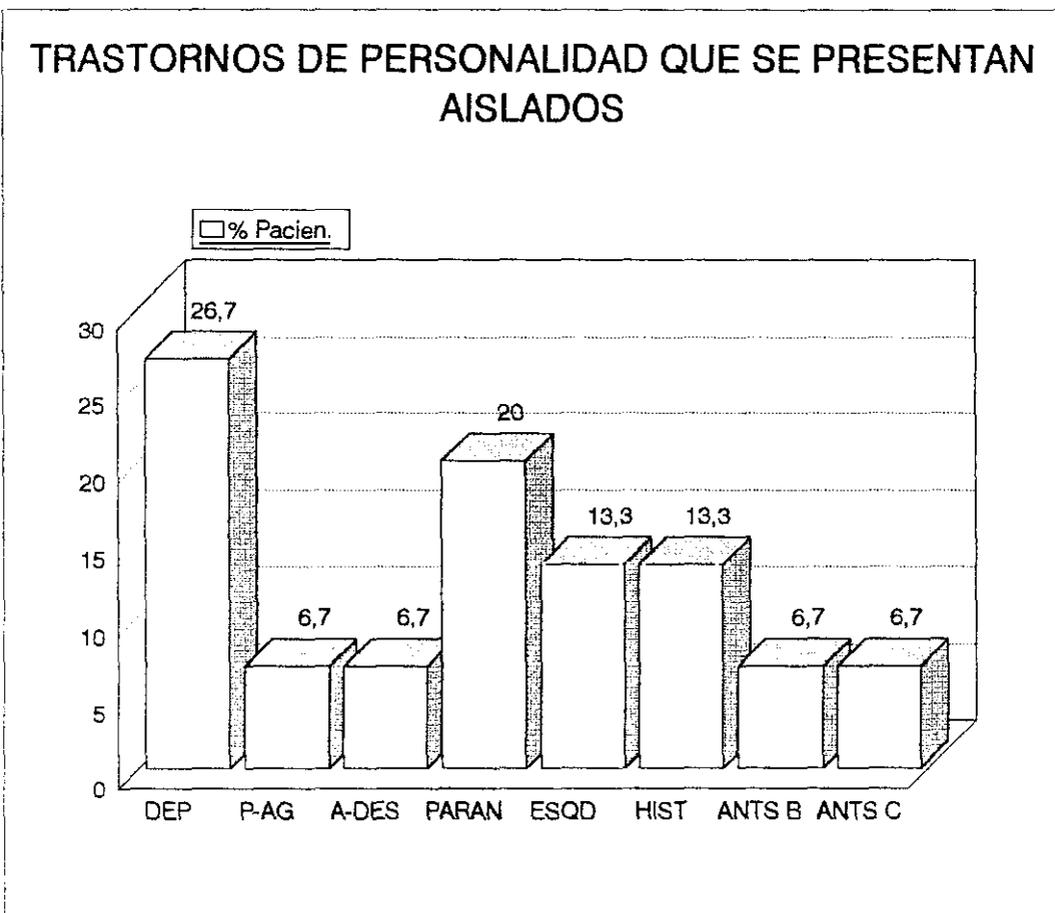


Entre aquellos sujetos con un único trastorno de personalidad el más frecuente fue el t.p. dependiente, seguido por el t.p. paranoide (tabla 4 y gráfico 5).

Tabla 4

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD QUE SE PRESENTAN AISLADOS		
	F.A.	%
DEPENDIENTE	4	26,7
PASIVO-AGR.	1	6,7
AUTODESTRU.	1	6,7
PARANOIDE	3	20,0
ESQUIZOIDE	2	13,3
HISTRIÓNICO	2	13,3
CRIT. B ANTIS.	1	6,7
CRIT. C ANTIS.	1	6,7
	15	100

En los individuos con dos o más trastornos de personalidad, la asociación más habitual fue el t.p. evitativo y el t.p. esquizoide (21% del total de asociaciones). Las coaliciones t.p. evitativo-t.p. esquizotípico (12%) y t.p. evitativo-t.p. dependiente (12%), eran las siguientes en frecuencia. A continuación y con un porcentaje de 9% cada una, estaban las parejas esquizotípico-esquizoide, evitativo-paranoide y obsesivo-compulsivo-paranoide (gráfico 6).



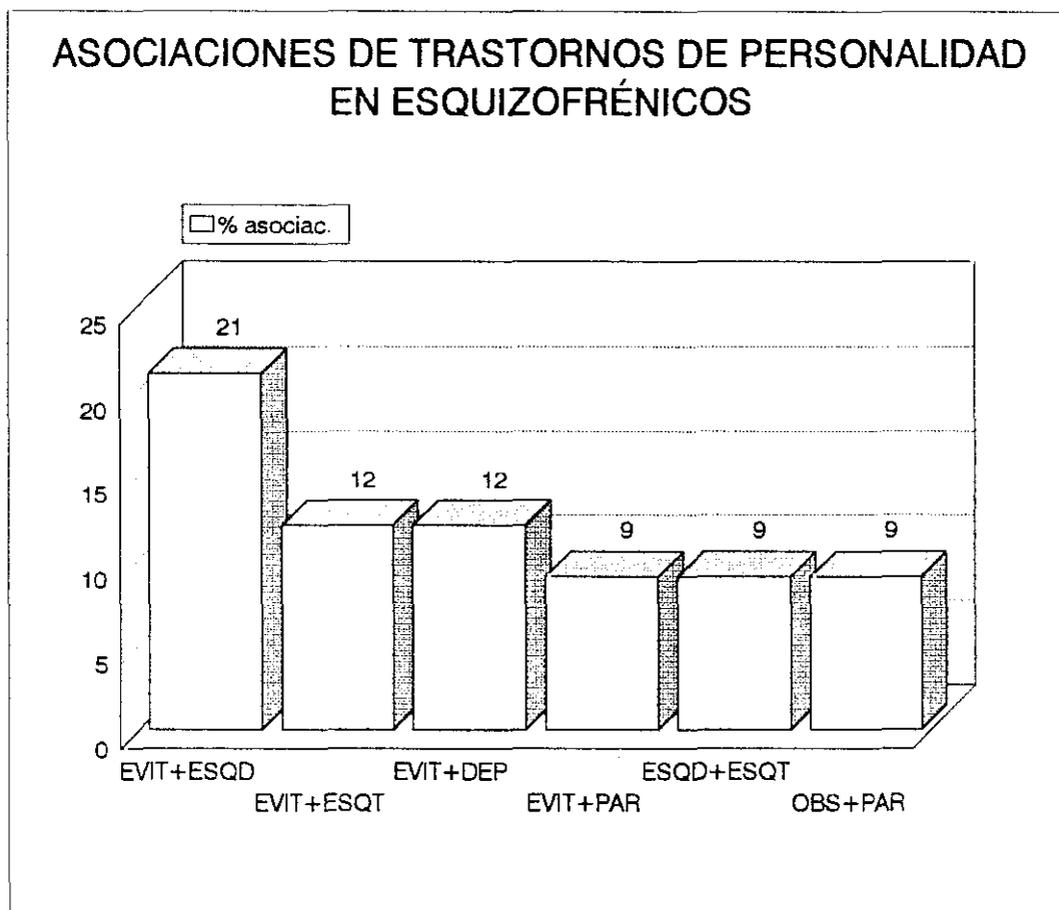


Tabla 5

CORRELACION ENTRE LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREVIA					
P.p.	EVITAT.	DEPENDI.	OBSE.-C.	PASIVO-AG.	AUTODEST.
EVITAT	---	0.27	0.35*	-0.10	0.02
DEPEND		---	-0.07	0.16	-0.14
OBSE-C			---	-0.18	0.19
P-AGRE				---	-0.06
AUTODE					---
PARANO					
ESQTIP					
ESQZDE					
HISTRI					
NARCIS					
LIMITE					
T COND					
ANTISO					

* Correlación de Pearson significativa $p < 0.05$

Todos estos datos coinciden y por tanto apoyan las correlaciones encontradas entre los distintos trastornos de personalidad. Estas correlaciones están reflejadas en la tabla 5. En ella vemos que el t.p. evitativo está correlacionado de una forma significativa y aceptable con los t.p. esquizotípico y esquizoide. Los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico correlacionan también de forma significativa y aceptable entre sí, pero es llamativo que no hemos encontrado correlación significativa de estos trastornos con el paranoide.

Tabla 5 continuación

CORRELACION ENTRE LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREVIA			
P. p.	PARANOIDE	ESQUIZOTIPICO	ESQUIZOIDE
EVITAT	0.34*	0.57*	0.51*
DEPEND	-0.17	-0.24	-0.30
OBES-C	0.54*	0.11	0.10
P-AGRE	0.09	0.05	-0.23
AUTOIDE	0.36*	0.09	-0.09
PARANO	---	0.29	0.02
ESQTIP		---	0.65*
ESQZDE			---
HISTRI			
NARCIS			
LIMITE			
T COND			
ANTISO			

* Correlación de Pearson significativa p < 0.05

El t.p. dependiente, que es el que más frecuentemente se presenta aislado, no se correlaciona con ningún t.p. salvo con el narcisista y de forma muy débil.

Otras correlaciones que son de reseñar son las de los trastornos obsesivo-compulsivo-paranoide, histriónico-narcisista y narcisista-límite. También aceptable es la correlación entre los criterios "b" y "c" del trastorno antisocial. El pasivo-agresivo correlaciona con casi todos los trastornos del grupo "dramático".

Tabla 5 continuación

CORRELACION ENTRE LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREVIA					
P.p.	HISTRION.	NARCIS.	LIMITE	T.C.INFAN.	CRIT.C ANTS
EVITAT	-0.26	-0.04	0.03	-0.30	-0.32*
DEPEND	0.27	0.40*	0.27	-0.16	-0.12
OBSE-C	0.01	0.18	-0.06	-0.32*	-0.21
P-AGRE	0.37*	0.48*	0.48*	0.30	0.40*
AUTODE	-0.21	-0.22	-0.05	-0.17	0.02
PARANO	-0.21	0.10	0.11	-0.05	-0.02
ESQTPI	-0.42*	-0.02	-0.13	0.16	-0.02
ESQZDE	-0.37*	-0.24	-0.21	-0.11	-0.23
HISTRI	---	0.51*	0.34*	0.01	0.01
NARCIS		---	0.45*	0.28	0.19
LIMITE			---	0.13	0.42*
T COND				---	0.60*
ANTISO					---

* Correlación de Pearson significativa p < 0.05

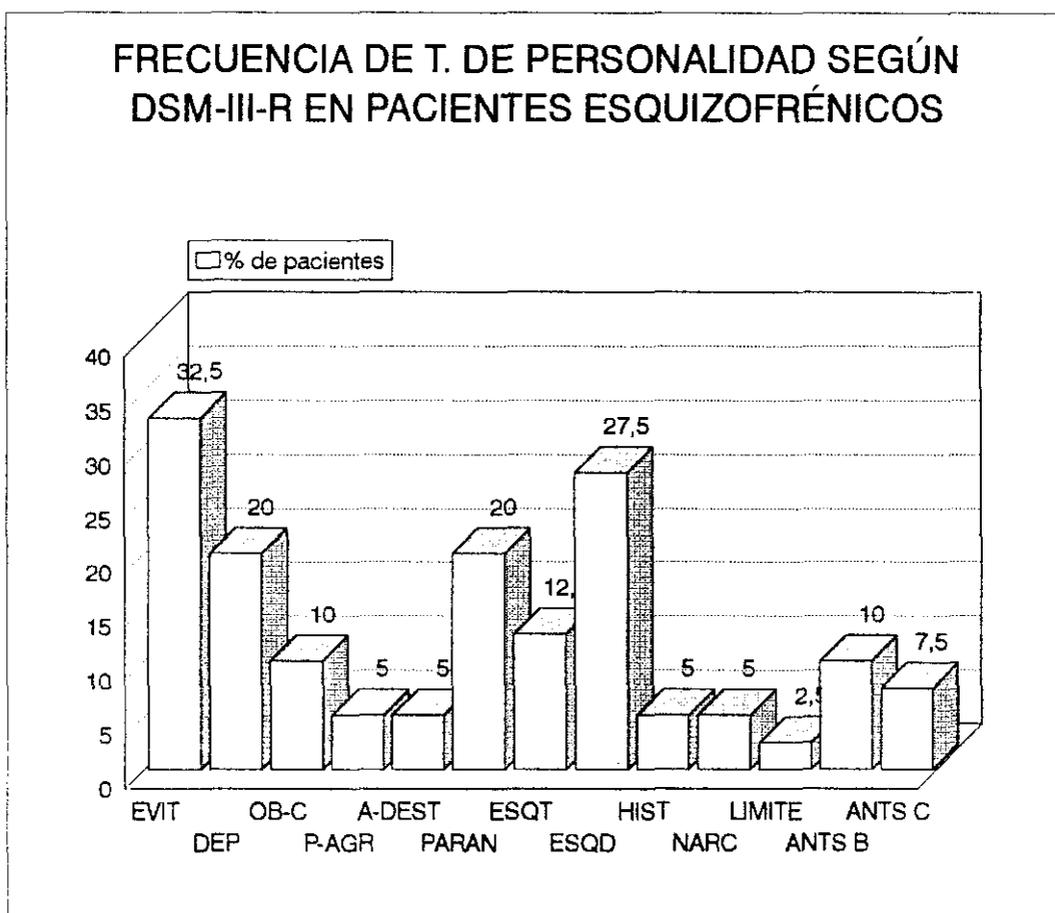
Las correlaciones hasta ahora descritas son positivas. En cuanto a las correlaciones negativas únicamente señalar, aunque débiles, las de los t.p. esquizotípico y esquizoide con el t.p. histriónico y las del trastorno antisocial con los t.p. evitativo y obsesivo-compulsivo.

2.1.2 FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Cuando consideramos el nivel de exigencia establecido por la DSM-III-R para el diagnóstico de trastorno de personalidad, los resultados en nuestra muestra de pacientes esquizofrénicos es la que se refleja en la tabla 6 y el gráfico 7. El t.p. evitativo es el más frecuente, presentándose en el 32,5% de los esquizofrénicos. El segundo en orden de frecuencia es el t.p. esquizoide (27,5%) seguido por el paranoide y el dependiente con 20% cada uno. A continuación el t.p. esquizotípico se presenta tan solo en el 12,5% de los casos. También reseñar que un 10% de los pacientes tienen un t.p. obsesivo-compulsivo y otro 10% tienen un trastorno de conducta en la infancia (criterio "B" del antisocial).

Tabla 6

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREMÓRBIDOS EN LA ESQUIZOFRENIA		
T. PERSONALIDAD	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA %
EVITATIVO	13	32,5%
DEPENDIENTE	8	20,0%
OBSESIVO-COMP.	4	10,0%
PASIVO-AGRESIVO	2	5,0%
AUTODESTRUCTIVO	2	5,0%
PARANOIDE	8	20,0%
ESQUIZOTÍPICO	5	12,5%
ESQUIZOIDE	11	27,5%
HISTRIÓNICO	2	5,0%
NARCISISTA	2	5,0%
LÍMITE	1	2,5%
ANTISOCIAL crit. B	4	10,0%
ANTISOCIAL crit. C	3	7,5%

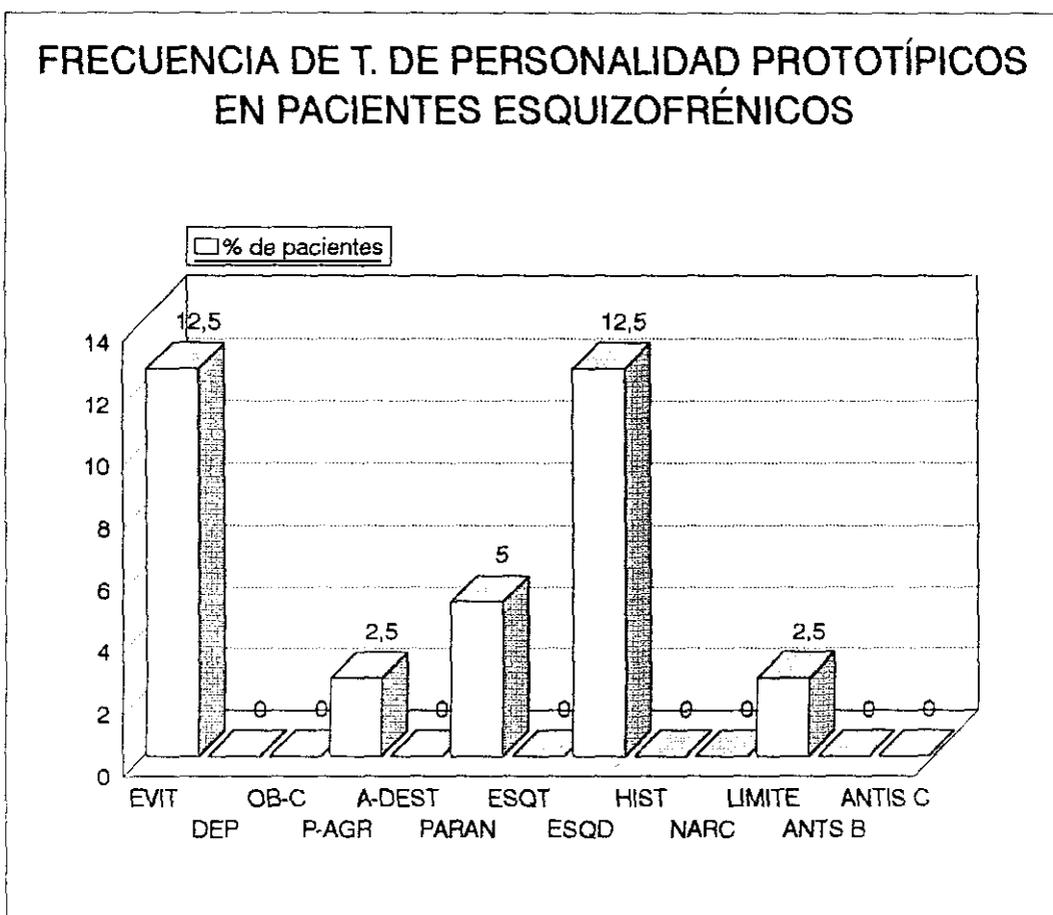


En la tabla 7 y el gráfico 8 incluimos la proporción de trastornos de personalidad **prototípicos** que presentan los pacientes esquizofrénicos. Hemos considerado que un paciente tiene un t.p. prototípico cuando cumple todos los criterios descritos para el trastorno o sólo fracasa en cumplir uno de ellos. Se deja más claro con un ejemplo: el t.p. esquizotípico describe 9 criterios y requiere al menos 5 para la existencia de trastorno de personalidad. Con 5 criterios ya se diagnosticaría. Con 8 ó 9 criterios el t.p. sería prototípico.

Al revisar el nivel diagnóstico más exigente vemos que los trastornos de personalidad más frecuentes continúan siendo el evitativo y el esquizoide con un 12,5% cada uno. Es de señalar que el paranoide del 20% de diagnósticos presentes pasa sólo a un 5% de diagnósticos prototípicos. Por otro lado, el t.p. dependiente pasa del 20% de diagnósticos presentes a ninguno prototípico, al igual que el esquizotípico de 12,5% a ningún diagnóstico prototípico.

Tabla 7

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PROTOTÍPICOS PREMÓRBIDOS EN LA ESQUIZOFRENIA		
T. PERSONALIDAD	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA %
EVITATIVO	5	12,5%
DEPENDIENTE	0	0,0%
OBSESIVO-COMP.	0	0,0%
PASIVO-AGRESIVO	1	2,5%
AUTODESTRUCTIVO	0	0,0%
PARANOIDE	2	5,0%
ESQUIZOTÍPICO	0	0,0%
ESQUIZOIDE	5	12,5%
HISTRIÓNICO	0	0,0%
NARCISISTA	0	0,0%
LÍMITE	1	2,5%
ANTISOCIAL crit. B	0	0,0%
ANTISOCIAL crit. C	0	0,0%



3.2. DESCRIPCIÓN CUANTITATIVA

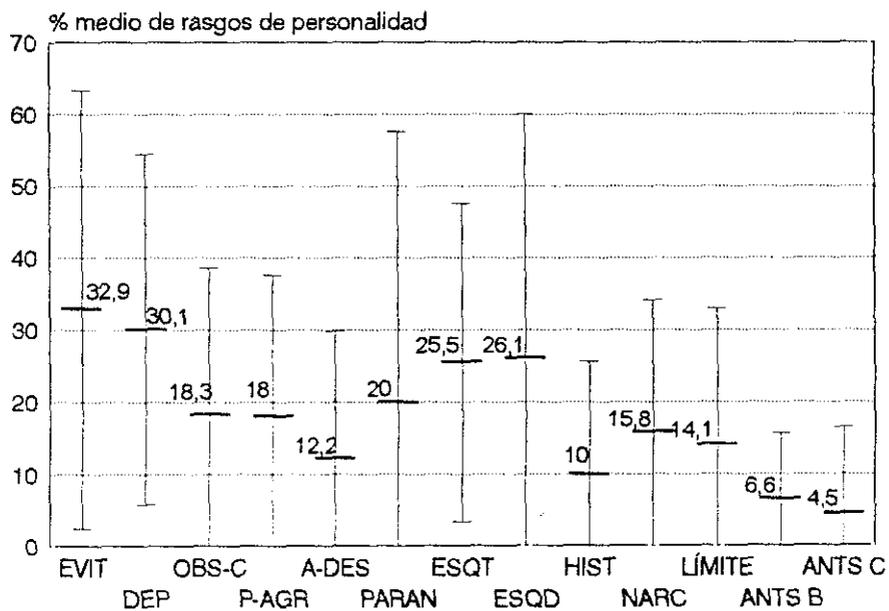
Cuando manejamos los datos de personalidad de los pacientes esquizofrénicos de una forma dimensional nos encontramos, en los 40 pacientes de nuestra muestra, con las proporciones medias de rasgos de personalidad expresados en la tabla 8 y gráfico 9. Todos los resultados dimensionales de personalidad se ajustan a una distribución Normal.

Tabla 8

PORCENTAJE DE RASGOS DE PERSONALIDAD (de los 40 pacientes esquizofrénicos)				
	% MEDIO	DESV. TIP.	MIN	MAX
EVITATIVA	32,9	30,4	0	- 100
DEPENDIENTE	30,1	24,3	0	- 77,7
OBSESIVO-COMP.	18,3	20,3	0	- 77,7
PASIVO-AGRESIVA	18,0	19,6	0	- 100
AUTODESTRUCTIVA	12,2	17,6	0	- 75
PARANOIDE	20,0	27,6	0	-100
ESQUIZOTIPICA	25,5	22,1	0	- 77,7
ESQUIZOIDE	26,1	33,9	0	-100
HISTRIONICA	10,0	15,6	0	- 50
NARCISISTA	15,8	18,3	0	- 66,6
LIMITE	14,1	18,8	0	- 87,5
ANTISOCIAL "B"	6,6	9,0	0	- 32,1
ANTISOCIAL "C"	4,5	12,0	0	- 50

Podemos ver de nuevo cómo los esquizofrénicos de nuestra muestra presentan un porcentaje medio de rasgos evitativos mayor que del resto de tipos de personalidad (33% del total de rasgos evitativos). A continuación está el porcentaje de rasgos dependientes (30%), seguido por los esquizoides y esquizotípicos (25%) y los paranoides (20%).

PORCENTAJES MEDIOS DE RASGOS DE PERSONALIDAD EN LOS 40 PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS



3.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA

Para estudiar la relación entre estas dos variables del período premórbido de la esquizofrenia hemos adoptado dos medios. El primero, como una aproximación inicial, va a ser **comparar las puntuaciones medias** de ajuste premórbido de los pacientes esquizofrénicos, según tengan o no un trastorno de personalidad. También se comparan las puntuaciones medias de ajuste premórbido en función del grupo o "cluster" de trastorno de personalidad. El segundo abordaje, más exacto por la mayor riqueza de las pruebas estadísticas, será realizar un **estudio de correlaciones** entre las puntuaciones de ajuste premórbido y las puntuaciones dimensionales de rasgos de personalidad. Como complemento de este segundo acercamiento al tema, vamos a exponer un **estudio de regresión múltiple** para ver qué peso tienen los rasgos de personalidad en la medida de ajuste premórbido.

3.1. COMPARACIÓN DE MEDIAS DE AJUSTE PREMÓRBIDO SEGÚN LOS GRUPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Ya hemos visto que el 85% de nuestra muestra de pacientes esquizofrénicos tiene algún diagnóstico de trastorno de personalidad. Sólo el 15% carece de tal diagnóstico. Si agrupamos los pacientes con trastornos de personalidad según los grupos sugeridos en el DSM-III-R: Grupo A (excéntricos), grupo B (dramáticos) y grupo C (temerosos), nos encontramos con las proporciones mostradas en la tabla 9. Dado que algunos pacientes poseen trastornos de personalidad tanto de un grupo como de otro, la suma de porcentajes supera el 100%.

Tabla 9

PROPORCIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN LOS GRUPOS DEL DSM-III-R		
	F.A.	F.R. %
SIN T.P.	6	15
CON T.P. del Grupo A	18	45
Grupo B	8	20
Grupo C	22	55

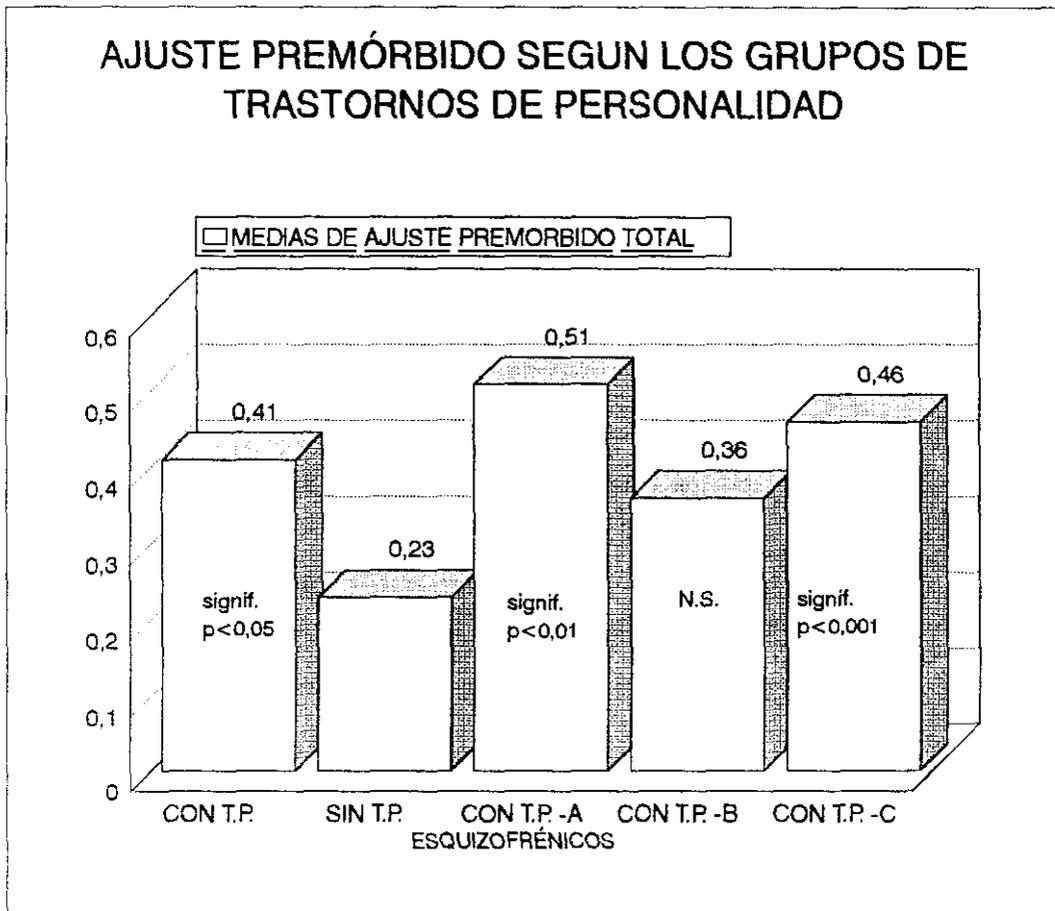
Los datos del estudio de comparación de medias son los reflejados en la tabla 10 y en el gráfico 10. En ellos vemos que los esquizofrénicos de nuestra muestra que padecen algún trastorno de personalidad, el que sea, tienen un ajuste premórbido total significativamente peor que los que carecen de t.p. También los pacientes con t.p. del grupo A (excéntricos) y del grupo C (temerosos) tienen un ajuste significativamente peor que los que no tienen trastorno de personalidad. El grupo B (dramáticos) muestra una clara tendencia en la misma línea, pero no alcanza la significación estadística.

Por otro lado, los esquizofrénicos con t.p. del grupo excéntrico tienen peor ajuste que los que tienen trastornos de personalidad dramáticos. Los del grupo A versus C y los del B versus C no muestran diferencias significativas en cuanto a su ajuste premórbido.

Tabla 10

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE AJUSTE PREMÓRBIDO TOTAL SEGÚN LOS GRUPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		
AJUSTE PREMÓRBIDO TOTAL		
	MEDIA	DESV. TÍPICA
ESQUIZOFRENICOS CON T.P.	0,41	0,18
ESQUIZOFRENICOS SIN T.P.	0,23	0,09
CON T.P. GRUPO A	0,51	0,18
CON T.P. GRUPO B	0,36	0,13
CON T.P. GRUPO C	0,46	0,19
COMPARACIÓN DE MEDIAS		
	t Student	Significación
CON T.P. - SIN T.P.	2,4	p<0,05
GRUPO A - SIN T.P.	3,6	p<0,01
GRUPO B - SIN T.P.	2,1	N.S.
GRUPO C - SIN T.P.	4,3	p<0,001
GRUPO A - GRUPO B	2,1	p<0,05
GRUPO A - GRUPO C	0,9	N.S.
GRUPO B - GRUPO C	1,3	N.S.

Cuando estudiamos el ajuste premórbido en las distintas épocas de la vida, es decir, según las subescalas nos encontramos con resultados prácticamente similares.



3.2. CORRELACIÓN ENTRE AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA

La correlación de Pearson es la prueba estadística que hemos utilizado para ver el vínculo existente entre la patología de la personalidad que presentaban los esquizofrénicos antes de su enfermedad y el ajuste psicosocial en el mismo período.

En la tabla 11 se exponen las correlaciones entre el ajuste premórbido por subescalas y la personalidad previa. En la 12 entre el ajuste premórbido por áreas y la personalidad previa. En la tabla 13 se pueden ver las correlaciones del ajuste premórbido total con la personalidad previa.

El ajuste psicosocial premórbido en todas las subescalas: infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía, adulto y general, está relacionado con las patologías evitativa, esquizotípica y esquizoide. Estas correlaciones son positivas y, dado que el mejor ajuste tiene un puntuación menor que el mal ajuste, la relación positiva indica que cuanto mayor es la patología de la personalidad peor es el funcionamiento psicosocial premórbido. Estas correlaciones, aunque todas ellas significativas, son, en el caso de la infancia, débiles. Las correlaciones de las subescalas con la patología evitativa son aceptables, sin embargo con las patologías esquizoide y esquizotípica son bastante buenas (Tabla 11).

Tabla 11

CORRELACIÓN SUBESCALAS DE AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA					
Ajuste premórbido Rasgos personalidad	Infancia	Adolesc. Precoz	Adolesc. Tardía	Adulto	Subesc. General
Evitativa	0,46*	0,56*	0,62*	0,56*	0,52*
Dependiente	-0,15	-0,23	-0,01	-0,11	-0,10
Obsesivo-C.	-0,08	0,11	0,12	0,28	-0,01
Autoagresiva	0,20	-0,01	-0,04	-0,19	0,17
Pasivo-Agr.	0,04	0,08	-0,08	0,13	-0,01
Paranoide	0,17	0,19	0,09	0,16	0,04
Esquizotípica	0,53*	0,78*	0,73*	0,70*	0,73*
Esquizoide	0,55*	0,70*	0,71*	0,76*	0,69*
Histriónica	-0,22	-0,23	-0,28	-0,31	-0,26
Narcisista	-0,02	-0,02	0,07	0,01	0,02
Límite	0,17	-0,05	0,03	-0,14	0,09
Antisocial B	0,14	-0,02	0,14	0,07	0,22
Antisocial C	0,14	-0,07	-0,01	0,01	0,15

*Correlación de Pearson significativa $p < 0,05$

En la tabla 12 vemos como el ajuste premórbido social está bien correlacionado con el número de rasgos de los t.p. evitativo, esquizotípico y esquizoide. Esto significa que el peor ajuste premórbido a nivel social lo presentan aquellos pacientes con más patología evitativa, esquizotípica y esquizoide.

El ajuste premórbido escolar es el que peores "r" presenta, siendo las estadísticamente significativas tan débiles que son prácticamente rechazables. Sin embargo, hay que destacar la relación negativa con la patología obsesivo-compulsiva de la personalidad, lo que significa que a mayor número de rasgos patológicos de este tipo, existe una tendencia hacia un mejor ajuste en este área. También existe una asociación positiva con el trastorno de conducta en la infancia, a mayor número de rasgos del criterio B antisocial, peor ajuste escolar.

El funcionamiento sociosexual premórbido se relaciona bien con los rasgos evitativos, esquizotípicos y esquizoides, es decir, aquellos sujetos con más patología de éstos tipos tuvieron un peor funcionamiento sociosexual. La correlación es algo más débil con la patología histriónica. Esta última es de carácter negativo, o sea la existencia de más patología histriónica de la personalidad habla a favor de un buen ajuste premórbido sociosexual.

El ajuste laboral y la autonomía premórbidas tienen unas correlaciones algo más modestas. Otra vez los t.p. implicados son el evitativo, esquizotípico y esquizoide.

Tabla 12

CORRELACIÓN AJUSTE PREMÓRBIDO POR ÁREAS Y PERSONALIDAD PREVIA					
Ajuste Premórbido Rasgos Personalidad	Social	Escolar	Socio- Sexual	Laboral	Autono- mía
Evitativa	0,70*	0,04	0,71*	0,33*	0,54*
Dependiente	-0,18	-0,05	-0,11	-0,23	0,08
Obsesivo-C.	0,30	-0,37*	0,26	-0,12	0,08
Autoagresiva	-0,13	0,26	-0,24	0,27	0,07
Pasivo-Agre.	0,06	-0,02	0,01	0,04	-0,12
Paranoide	0,22	0,00	0,21	0,08	0,03
Esquizotípica	0,71*	0,41*	0,68*	0,62*	0,60*
Esquizoide	0,78*	0,25	0,76*	0,50*	0,60*
Histriónica	-0,27	-0,13	-0,41*	-0,23	-0,19
Narcisista	-0,06	0,10	-0,14	-0,05	0,09
Límite	-0,04	0,09	-0,16	0,26	-0,03
Antisocial B	-0,13	0,51*	-0,15	0,29	0,17
Antisocial C	-0,07	0,16	-0,09	0,29	0,07

*Correlación de Pearson significativa $p < 0,05$

Tabla 13

CORRELACIÓN	
AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA	
RASGOS DE PERSONALIDAD	AJUSTE PREMÓRBIDO TOTAL
EVITATIVA	0,64*
DEPENDIENTE	-0,13
OBSESIVO-COMPULSIVA	0,08
AUTOAGRESIVA	0,01
PASIVO-AGRESIVA	0,01
PARANOIDE	0,14
ESQUIZOTÍPICA	0,80*
ESQUIZOIDE	0,80*
HISTRIÓNICA	-0,31*
NARCISISTA	-0,01
LÍMITE	0,01
ANTISOCIAL criterio B (T. de cond.)	0,11
ANTISOCIAL criterio C	0,03

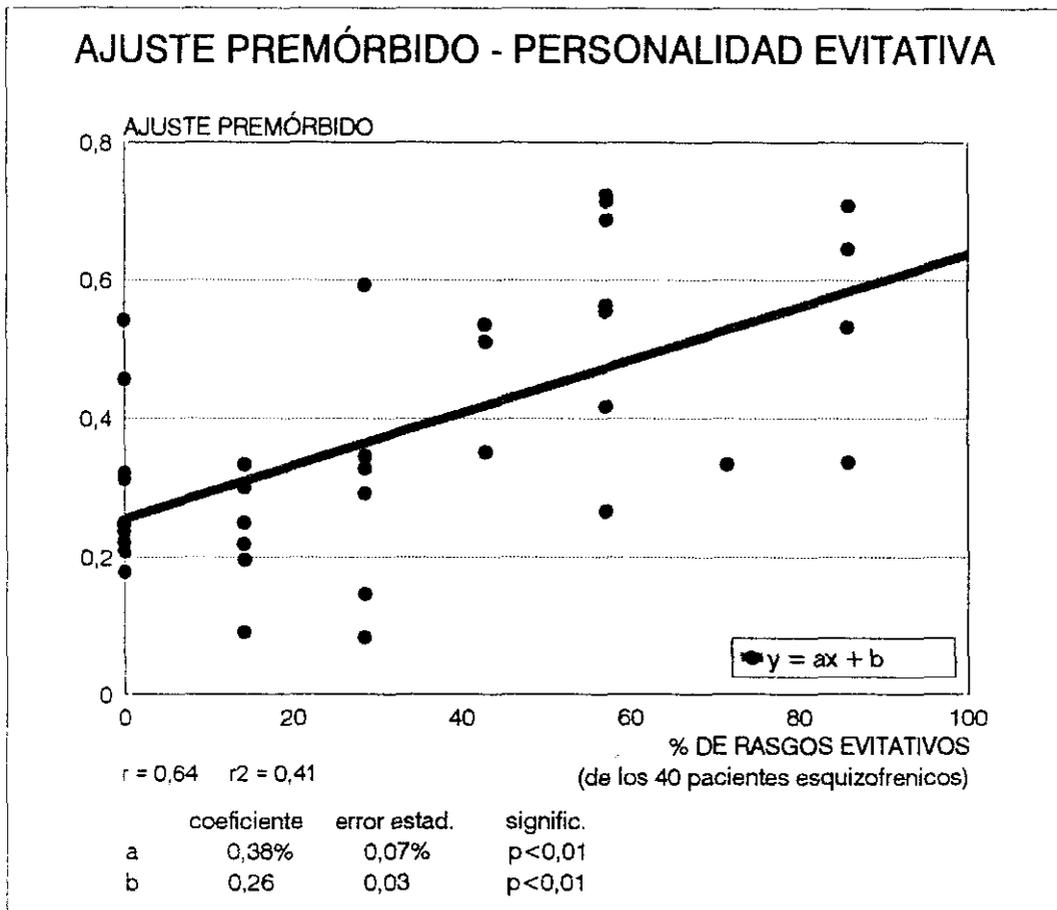
* Correlación de Pearson significativa $p < 0,05$

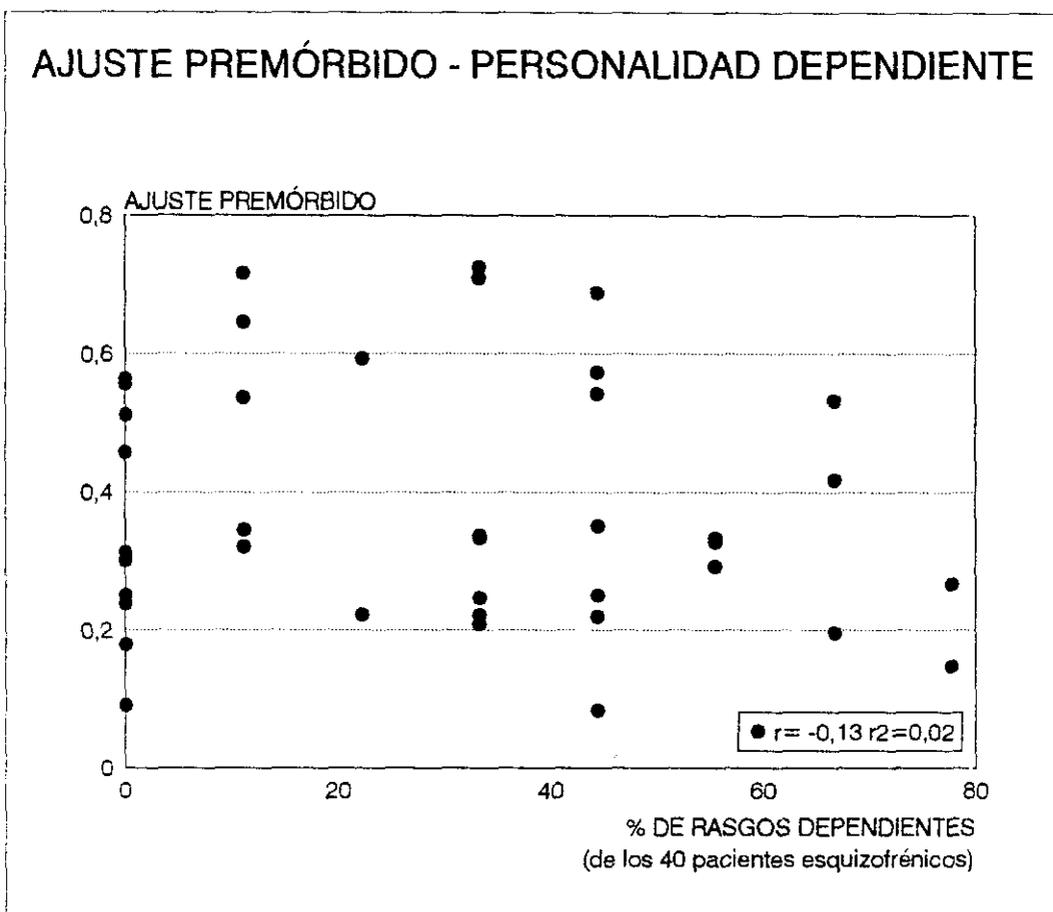
Con respecto al ajuste premórbido total, éste tiene una asociación aceptable con la patología evitativa; débil, pero negativa con la patología histriónica; y, francamente buena, con las patologías esquizotípica y esquizoide. Por tanto, estos pacientes con patología esquizotípica y esquizoide son los que peor ajuste premórbido global presentaron (tabla 13)

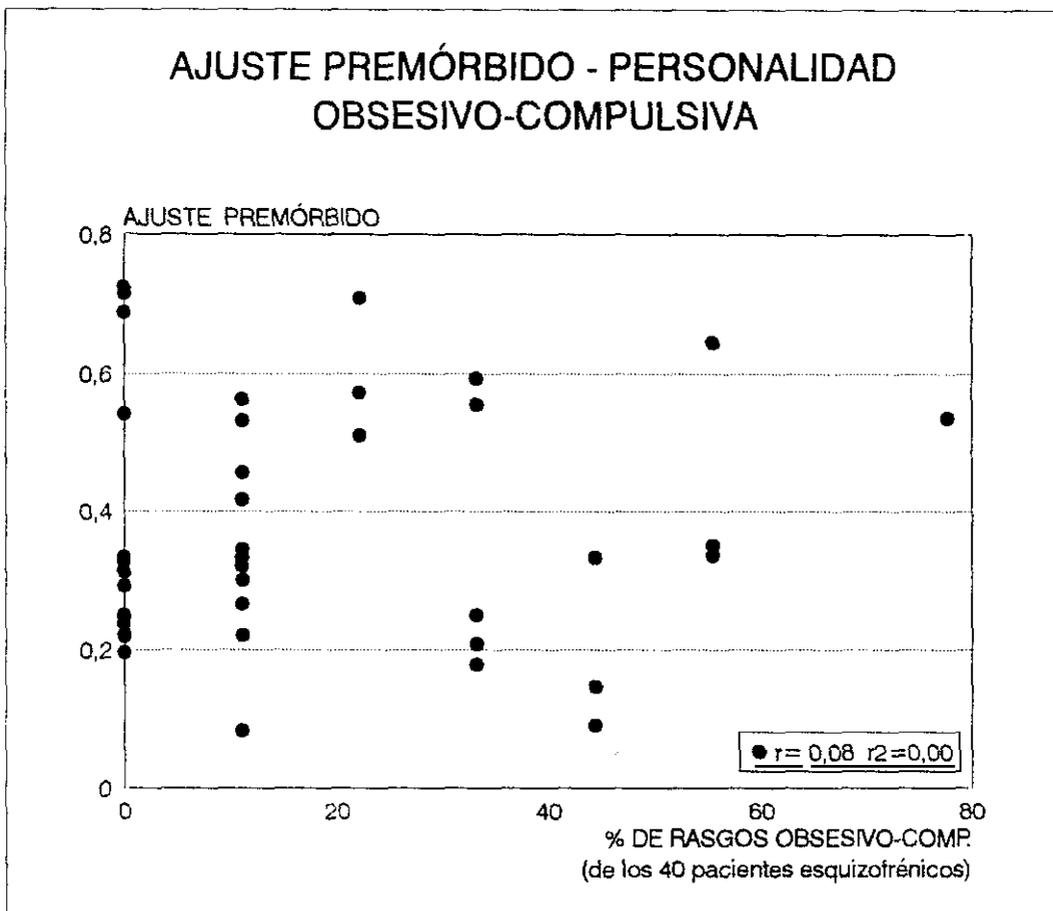
Por trastornos de personalidad, el número de rasgos evitativos se correlaciona significativamente con el ajuste premórbido en todas las subescalas y áreas excepto la escolar. La patología obsesivo-compulsiva se asocia solamente con mejor ajuste escolar y la histriónica con mejor ajuste sociosexual premórbido. El trastorno de conducta en la infancia tan sólo está asociado con un peor funcionamiento escolar. Los rasgos esquizotípicos se relacionan con un mal funcionamiento en todas las áreas y subescalas de ajuste premórbido. La patología esquizoide también, excepto con el funcionamiento escolar.

En nuestro trabajo, en el conjunto total de la muestra, no hemos podido encontrar ninguna asociación del ajuste premórbido con los rasgos de las personalidades dependiente, autodestructiva, pasivo-agresiva, paranoide, narcisista, límite y antisocial criterio C.

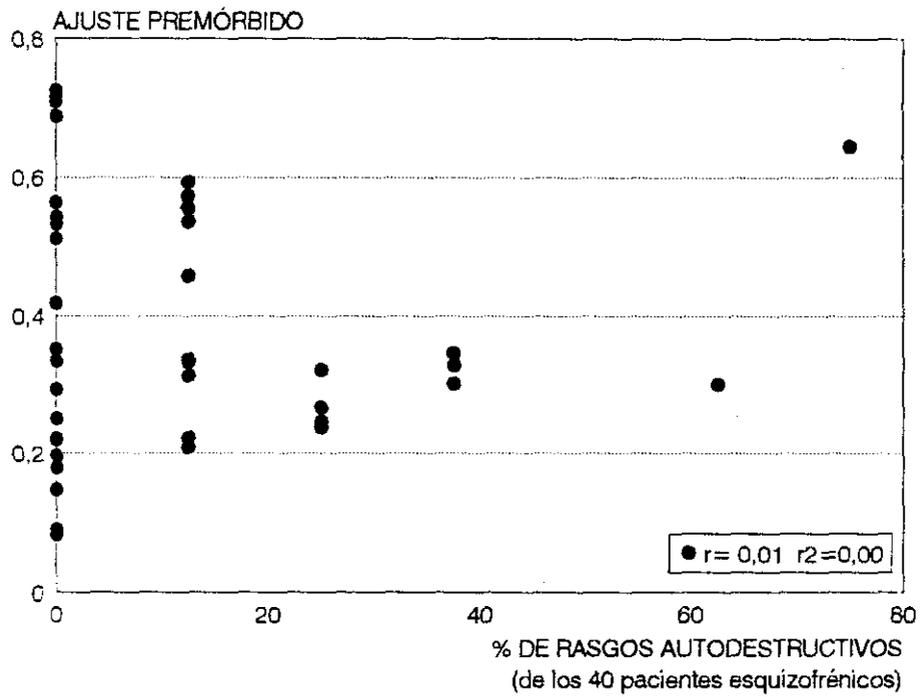
Todos estos resultados acerca de la relación entre ajuste premórbido y personalidad previa en la esquizofrenia podemos verlos de forma más expresiva en los gráficos 11 al 23. Son diagramas de dispersión de puntos. Además, en aquellos gráficos que representan relaciones con un coeficiente de correlación suficientemente alto, también se representó la línea y la ecuación de regresión. Es el caso de los diagramas de las patologías evitativa (gráfico 11), esquizotípica (gráfico 17), esquizoide (gráfico 18) e histriónica (gráfico 19).

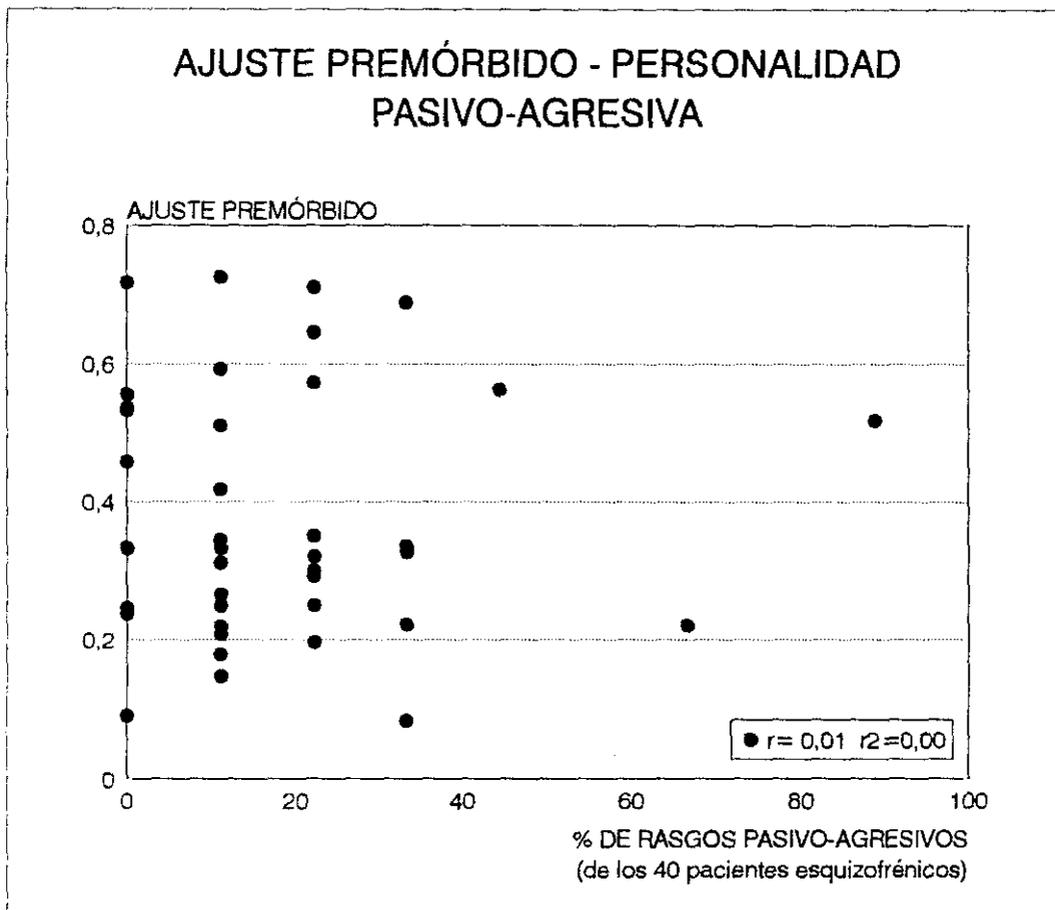


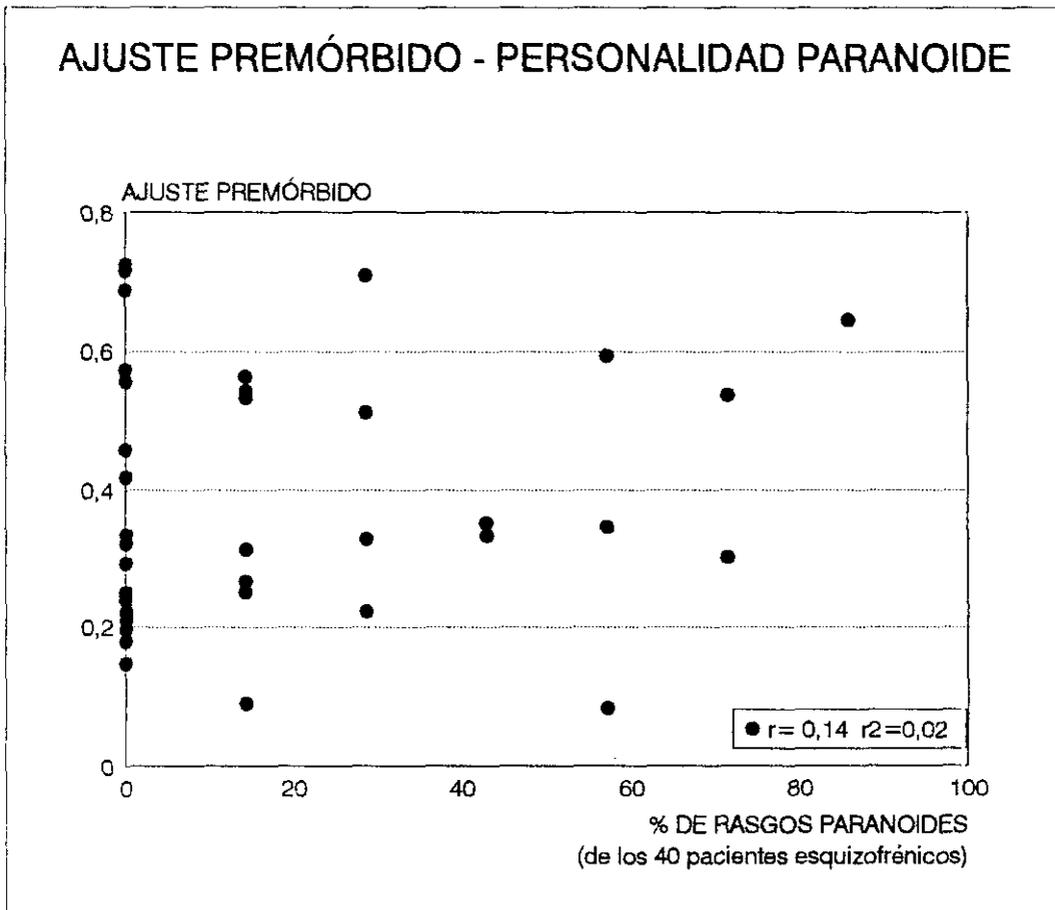


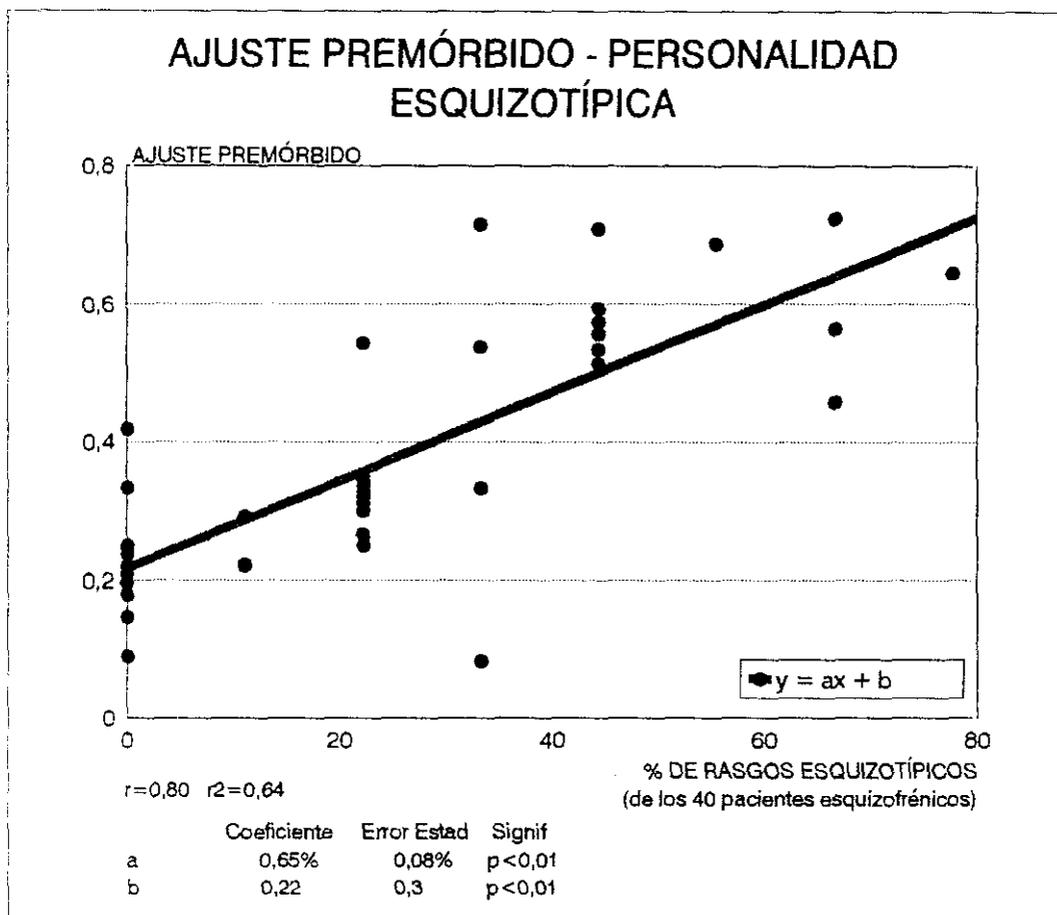


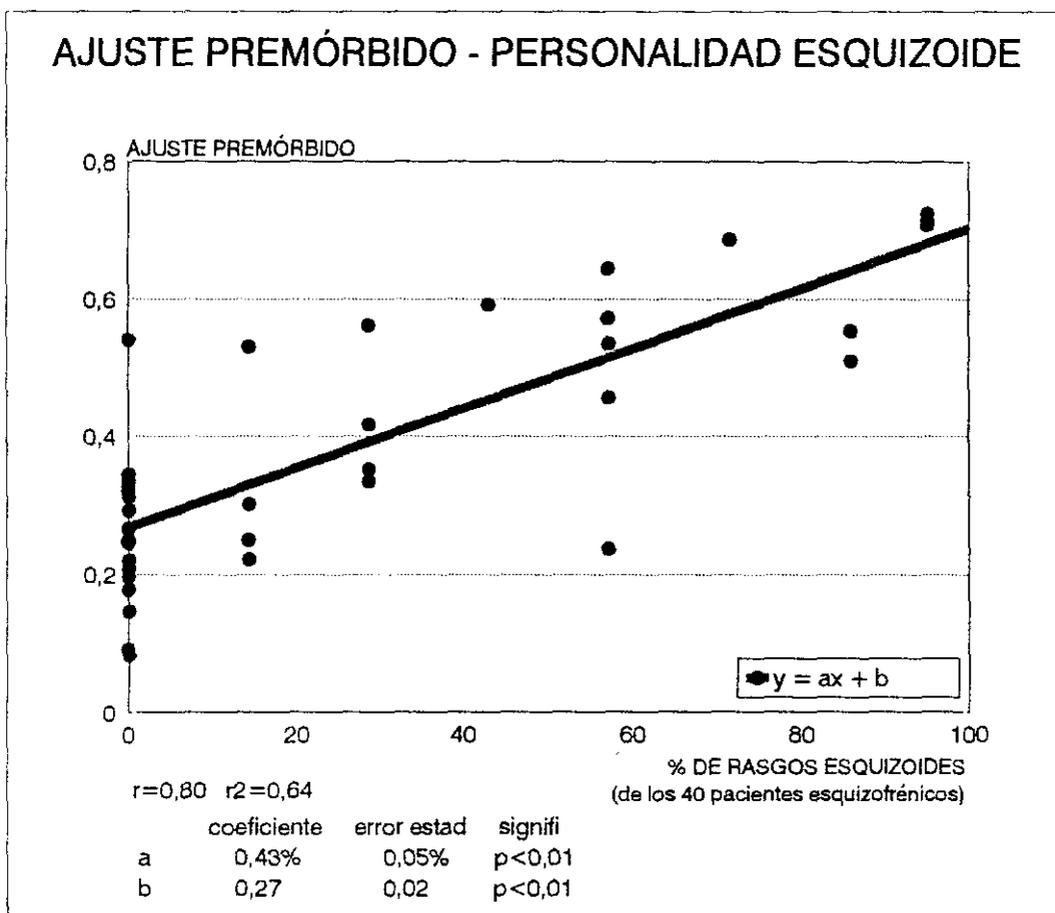
AJUSTE PREMÓRBIDO - PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA

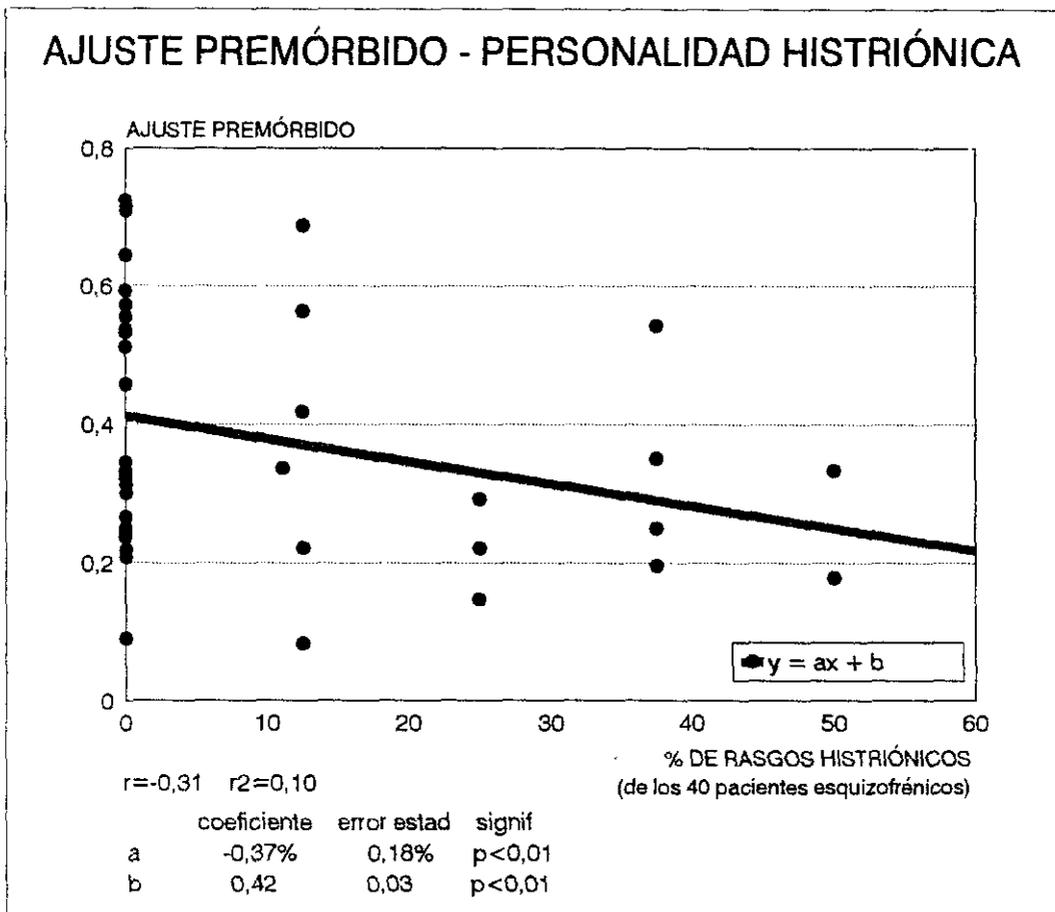


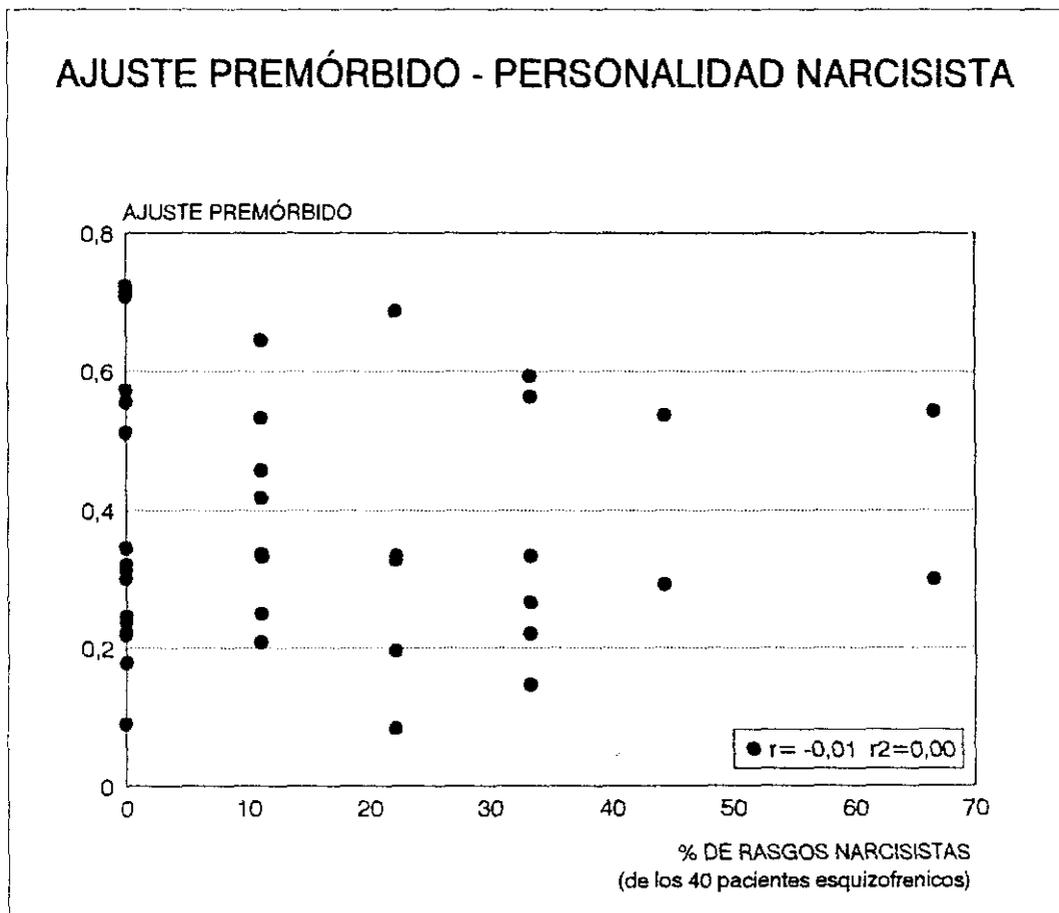


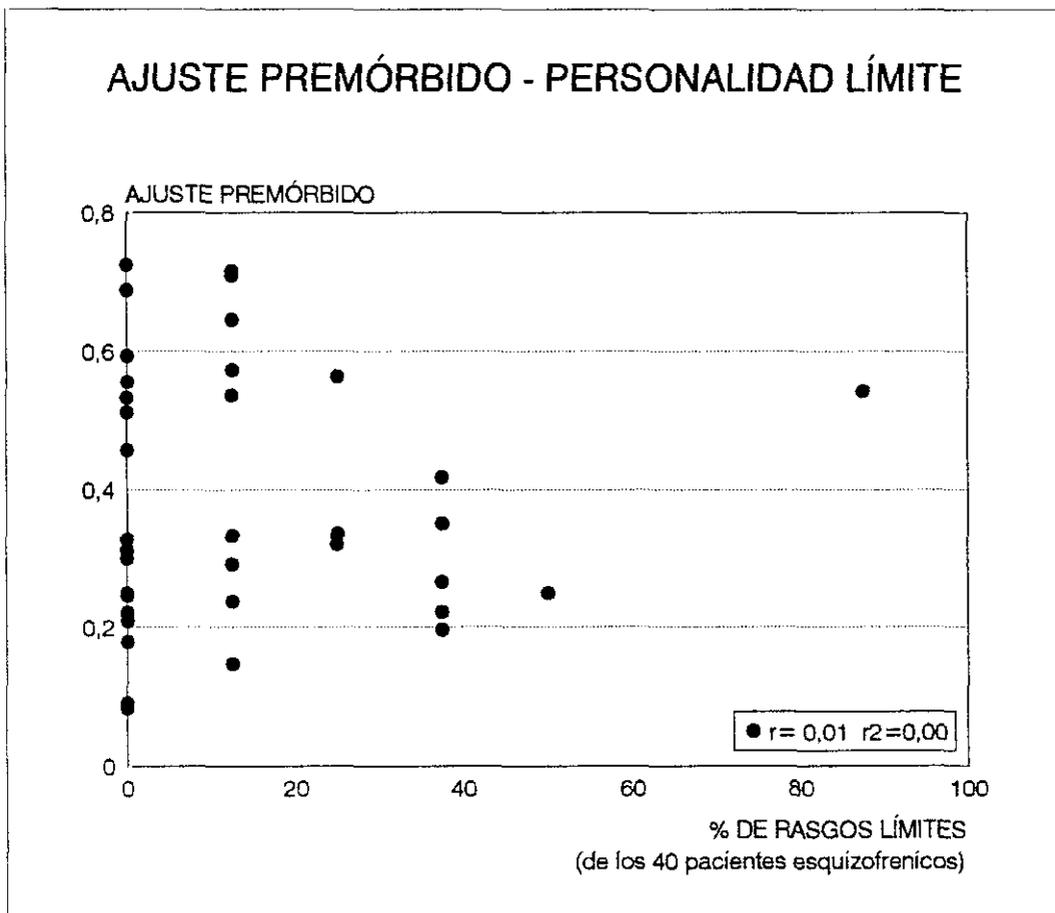


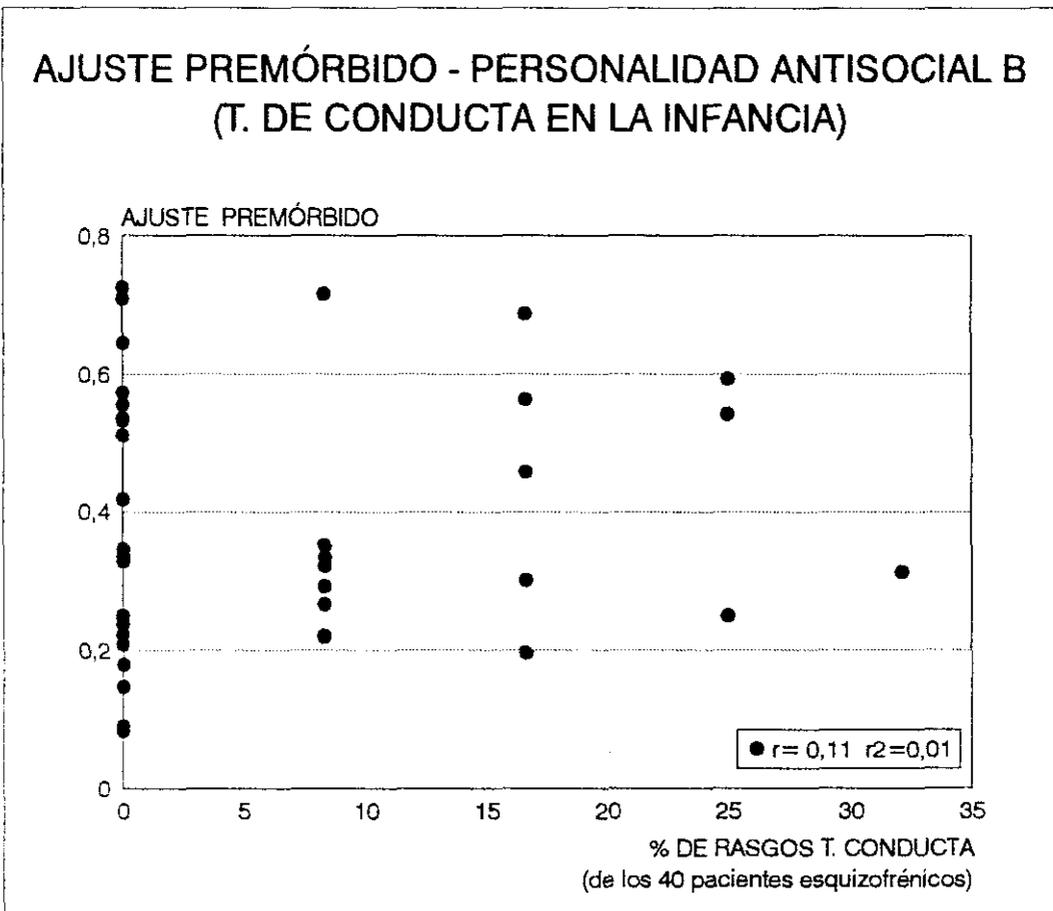


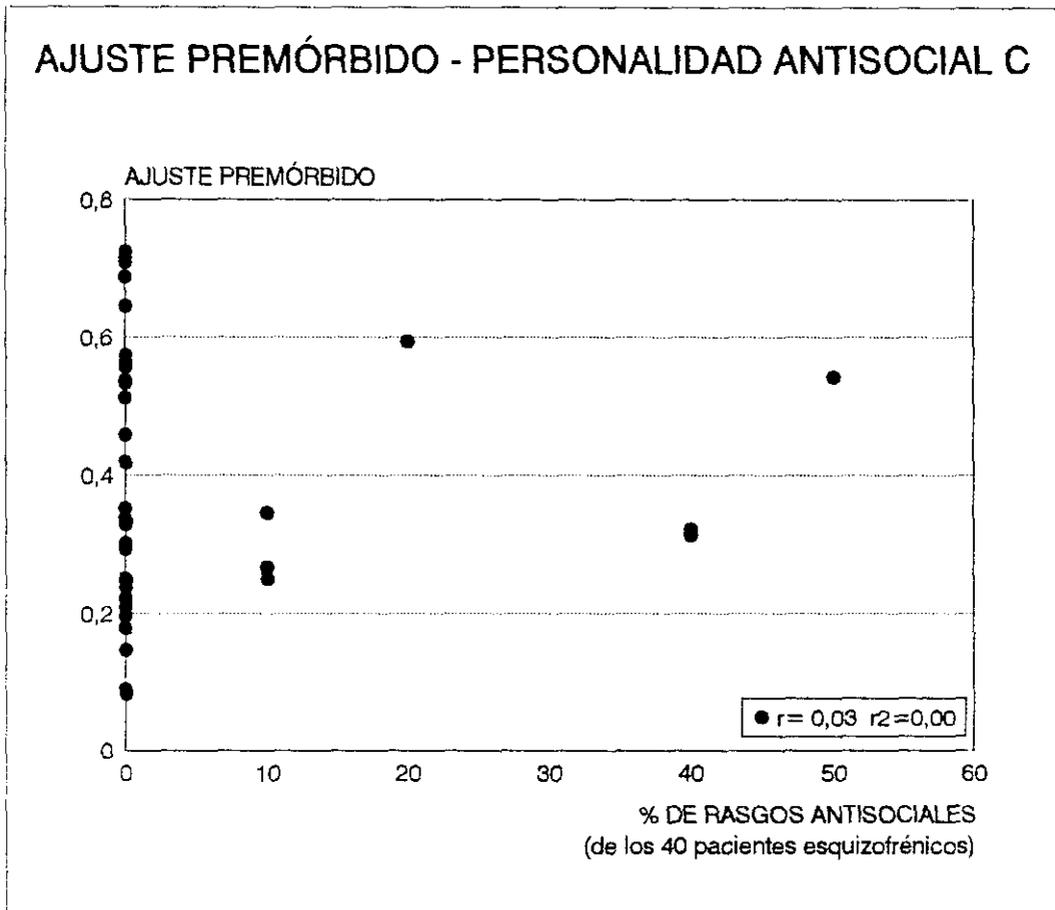












3.3 ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS ENTRE AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA

También realizamos un análisis de regresión múltiple por pasos. Consideramos como variable dependiente el ajuste premórbido y como variable independiente cada una de las patologías de la personalidad cuya correlación era significativa. Este análisis fue llevado a cabo para determinar el poder de los distintos rasgos de personalidad en predecir el ajuste premórbido. Con este procedimiento se van añadiendo secuencialmente cada uno de los trastornos de personalidad como variables predictoras, con la finalidad de obtener cada una de sus contribuciones al ajuste premórbido. Sólo se incluyeron aquellas variables que aportaban una diferencia del coeficiente de determinación (r^2) significativa, es decir, las que suponían un poder predictivo significativamente mayor que el aportado por las variables previas.

Así, en el caso del ajuste premórbido en la infancia, mediante los rasgos esquizoides se puede explicar un 30% de su varianza total (tabla 14). Ningún otro grupo de rasgos de personalidad añadía mayor poder predictivo.

Tabla 14

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO INFANCIA			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif r ²
T.P. ESQUIZOIDE	0,55	0,30	0,30
VARIANZA TOTAL	30%	F=16,2	p<0,01

La cantidad de varianza del ajuste premórbido en la adolescencia temprana que es explicada por la medida de los rasgos de las personalidades esquizotípica y esquizoide es de un 68% (tabla 15).

Tabla 15

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PR. ADOLESC. TEMPRANA			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,78	0,61	0,61
T.P. ESQUIZOIDE	0,82	0,68	0,07
VARIANZA TOTAL	68%	F=38,5	p<0,01

Incluyendo como variables predictoras de nuevo las patologías esquizotípica y esquizoide, se puede explicar hasta un 63% de la varianza total del ajuste premórbido en la adolescencia tardía (tabla 16).

Tabla 16

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PR. ADOLESC. TARDÍA			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,73	0,53	0,53
T.P. ESQUIZOIDE	0,79	0,63	0,10
VARIANZA TOTAL	63%	F=31,1	p<0,01

Con las mismas variables de personalidad se demuestra un 66% de la varianza del ajuste premórbido en la época adulta de los sujetos que luego han sido esquizofrénicos. El resto de patologías de la personalidad, como vemos en la tabla 17, no supone un mayor grado de predicción del ajuste del adulto sobre las patologías esquizotípica y esquizoide.

Tabla 17

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO ADULTO			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOIDE	0,76	0,58	0,58
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,81	0,66	0,06
VARIANZA TOTAL	66%	F=29,6	p<0,01

El ajuste premórbido encontrado en la subescala general se puede explicar en un 61% también con las mismas variables de la personalidad esquizotípica y esquizoide (tabla 18).

Tabla 18

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO GENERAL			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,72	0,53	0,53
T.P. ESQUIZOIDE	0,78	0,61	0,08
VARIANZA TOTAL	61%	F=22,6	p<0,01

La varianza del ajuste premórbido social, explicada por los rasgos de personalidad previa esquizoide y evitativa es de un 72% (tabla 19).

Tabla 19

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO SOCIAL			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOIDE	0,78	0,60	0,60
T.P. EVITATIVO	0,85	0,72	0,12
VARIANZA TOTAL	72%	F=48,2	p<0,01

En el ajuste premórbido escolar la varianza expresada por los trastornos de personalidad antisocial (criterio "B"), esquizotípico y obsesivo-compulsivo es tan sólo del 44% (tabla 20).

Tabla 20

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMORBIDO ESCOLAR			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ANTISOCIAL	0,51	0,26	0,26
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,61	0,38	0,12
T.P. OBSESIVO-COMP.	0,66	0,44	0,06
VARIANZA TOTAL	44%	F=9,5	p<0,01

En la predicción del funcionamiento premórbido sociosexual se incluyen las patologías esquizoide y evitativa. Se consigue demostrar un 74% de la varianza (tabla 21). La patología de la personalidad histriónica, que habíamos visto correlacionada con el ajuste premórbido sociosexual, no añade más valor a la varianza.

Tabla 21

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO SOCIOSEXUAL			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOIDE	0,76	0,58	0,58
T.P. EVITATIVO	0,84	0,72	0,14
VARIANZA TOTAL	72%	F=47,0	p<0,01

La varianza del ajuste premórbido laboral viene explicada por un solo trastorno de personalidad, el esquizotípico, demostrándose hasta un 39% (tabla 22).

Tabla 22

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO LABORAL			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,62	0,39	0,39
VARIANZA TOTAL	39%	F=24,3	p<0,01

El funcionamiento autónomo premórbido se puede predecir hasta en un 44% mediante los rasgos de los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípica, como se puede ver en la tabla 23.

Tabla 23

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO AUTONOMÍA			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOIDE	0,60	0,36	0,36
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,66	0,44	0,08
VARIANZA TOTAL	44%	F=14,4	p<0,01

En conjunto, los rasgos patológicos de las personalidades esquizotípica y esquizoide suponen hasta un 77% de la varianza del ajuste premórbido total en los pacientes esquizofrénicos (tabla 24). Las personalidades evitativa e histriónica también correlacionadas con el ajuste premórbido total no añaden más valor predictivo.

Tabla 24

REGRESIÓN MÚLTIPLE POR PASOS			
Variable Dependiente: AJUSTE PREMÓRBIDO TOTAL			
Variables Independientes:			
	r	r ²	Dif. r ²
T.P. ESQUIZOTÍPICO	0,80	0,64	0,64
T.P. ESQUIZOIDE	0,88	0,77	0,07
VARIANZA TOTAL	77%	F=50,5	p<0,01

DISCUSIÓN

1.- AJUSTE PREMÓRBIDO

Hemos revisado algunos de los trabajos que publican las puntuaciones de ajuste premórbido en pacientes esquizofrénicos con la escala PAS de Cannon-Spoor y col. (1982). Vemos que los resultados de ajuste premórbido de nuestro trabajo son similares a los encontrados por los propios Cannon-Spoor y col. (1982). También coinciden con los de Haas y Sweeney (1992) y con los de Schanda y col. (1992).

Nuestros resultados de ajuste premórbido son indicativos de un progresivo y leve deterioro en el ajuste desde la infancia hasta la adolescencia tardía (0,33---0,38---0,41). Este deterioro en el funcionamiento puede ser comprendido desde los puntos de vista psicosocial y biológico.

El ajuste premórbido en la esquizofrenia se ha usado para apoyar la *teoría del desarrollo de la psicopatología*. Esta teoría ve el trastorno mental como la consecuencia del fracaso en enfrentarse con las distintas pruebas del desarrollo. Las personas que manifiestan psicopatología en estadios tempranos probablemente no alcanzarán un alto grado de desarrollo. Al adquirir pocas habilidades o recursos sociales, el paciente con un desarrollo inmaduro posiblemente tendrá un peor pronóstico que el paciente que está más avanzado, que tiene más habilidades para enfrentarse con las áreas problemáticas de su vida (Bromet y col. 1974).

El ajuste premórbido es una medida del nivel de madurez psicosocial alcanzado antes del comienzo de la esquizofrenia. A su vez, es predictivo del nivel de competencia y recursos psicosociales disponibles por el individuo para enfrentarse a la enfermedad. Los sujetos que no alcanzan el grado de capacidad adecuado para su edad van a tener más difícil alcanzar los hitos de maduración

posterior en los que el nivel de exigencia será mayor, así su ajuste premórbido será cada vez peor hasta la ruptura del cuadro psicótico.

Aparentemente, en contra de este progresivo deterioro en la época adulta la puntuación mejora. Esto puede tener una explicación. Los pacientes que han funcionado mal desde la infancia tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad en épocas más precoces de la vida, antes de llegar a la época adulta. En la época adulta aquellos pacientes que ya tienen la enfermedad y que más carga de mal ajuste premórbido pueden aportar no puntúan y por tanto el resultado de ajuste premórbido resulta engañosamente mejor.

Estos resultados de un mal ajuste creciente también son compatibles con la *hipótesis biológica del neurodesarrollo* (Murray y Lewis 1987 y Weinberger 1987). Como vimos esta hipótesis plantea la existencia de unas lesiones del SNC desde épocas muy tempranas de la vida. Estas lesiones quedarían latentes hasta que el cerebro madura lo suficiente como para poner en marcha los sistemas dañados. Los síntomas diagnósticos de la esquizofrenia aparecerían con la maduración de las áreas cerebrales afectadas. Así se explicaría, también, que el comienzo de la enfermedad no se produzca hasta la adolescencia temprana o la época adulta joven.

A medida que el individuo va creciendo se van poniendo progresivamente en funcionamiento aquellas estructuras cerebrales que pudieron resultar dañadas en los períodos precoces de la vida. Ante las progresivas exigencias de funcionamiento su rendimiento va siendo cada vez menor. El mal ajuste premórbido sería la manifestación de esas lesiones que aún no se muestran como enfermedad abierta. En este sentido, la caracterización de las fases tempranas de la enfermedad puede aportar información a los estudios basados en los modelos del neurodesarrollo.

Greenspan (1986) considera tres posibles precipitantes para la manifestación de los disturbios psicóticos. Estos precipitantes incluyen cambios cognitivos, psicosociales y biológicos (neuroquímicos y neuroanatómicos) durante el curso del desarrollo. Todos ellos estarían interrelacionados. Desde la perspectiva psicosocial no es infrecuente que se produzcan rupturas al final de la adolescencia (intentos de independización, el servicio militar, inicio de actividades laborales, etc.). Desde la perspectiva biológica se conoce que la adolescencia es un momento de cambio y maduración de distintos sistemas. Greenspan (1986) asume que las modificaciones biológicas del SNC crean la oportunidad de nuevas experiencias cognitivas y psicosociales, y éstas inducen cambios biológicos. Tales cambios, aunque usualmente adaptativos, pueden producir nuevos cambios que sobrecargan la estructura ya vulnerable.

Como sugiere Weinberger (1987), si un individuo entra en los distintos períodos de la vida con una vulnerabilidad que va comprometiendo su maduración esperable, es posible, que le incapacite para hacer la necesaria adaptación psicológica y conductual. Esto se manifestaría con distintos grados de mal ajuste premórbido. Las alteraciones en el ajuste premórbido serían entendidas como las manifestaciones más o menos sutiles (mejor ajuste) o groseras (peor ajuste) de la lesión, déficit de maduración psicosocial o vulnerabilidad ya existentes.

Por otro lado, nuestros resultados indican que el ajuste premórbido se distribuye siguiendo una curva de Gauss, con cierta inclinación hacia el buen ajuste. Existe una considerable variabilidad entre un extremo y el otro del ajuste. No todos los pacientes esquizofrénicos aparecen en nuestro estudio con un uniformemente bajo ajuste premórbido. Existe una sustancial proporción de pacientes con buen funcionamiento premórbido. Esta variabilidad también es apuntada por Cannon-Spoor y col. (1982) y Haas y Sweeney (1992). Hay autores que incluso sugieren que los pacientes esquizofrénicos pueden presentar ajustes

premórbidos tan buenos o, incluso, mejores que los de otras categorías diagnósticas (Zigler y col. 1977, Keith y Buchsbaum 1978 y Morrison y Bellack 1987). Morrison y Bellack (1987) recopilan una serie de trabajos en los que se demuestra que los pacientes esquizofrénicos no son homogéneamente bajos en la competencia premórbida. Apuntan que entre los esquizofrénicos de buen ajuste, una proporción sustancial funcionaron premórbidamente tan bien o mejor que sujetos no pacientes y que pacientes con otros grupos diagnósticos.

Se podría pensar que esta variabilidad fuera debida a que dentro de la categoría diagnóstica de esquizofrenia se pueden incluir diversos cuadros diferentes entre sí. Sin embargo, al usar unos criterios diagnósticos relativamente restrictivos de esquizofrenia (DSM-III-R), la heterogeneidad de los datos no puede ser atribuida a una definición amplia de la esquizofrenia. Cabe la posibilidad de que dentro del mismo proceso esquizofrénico puedan existir otros factores que estén influyendo en la heterogeneidad del ajuste premórbido.

Esto, en principio, apoyaría nuestra hipótesis de que las alteraciones del ajuste premórbido no son una manifestación directa del trastorno esquizofrénico sino de otros trastornos previos. Y nos permite suponer, aunque lógicamente no lo demuestra, que sean los rasgos patológicos de personalidad que también son premórbidos a la esquizofrenia los que pueden estar influyendo en la variabilidad de los datos.

Una cuestión que se plantea es si el ajuste premórbido es un continuo o distingue entre dos grupos absolutamente independientes, es decir, un tipo de pacientes esquizofrénicos con buen ajuste y otro completamente diferente con mal ajuste. A pesar de la variabilidad encontrada entre el buen y el mal ajuste, no podemos, con nuestros datos, considerar que exista una dicotomía. En los resultados no se demuestra una distribución bimodal que justifique la dicotomía,

sino que tienen una distribución Normal que habla más a favor del concepto de ajuste premórbido como continuo. En función del grado de ajuste premórbido de cada sujeto puede haber distintas variaciones etiopatogénicas, clínicas, pronósticas, terapéuticas, etc. Estas variaciones justifican por sí mismas el estudio del ajuste premórbido en los pacientes esquizofrénicos. Los pacientes de un extremo del continuo pueden parecer muy diferentes a los del otro extremo, pero cada uno de ellos participará probablemente de las mismas causas y la misma patogenia aunque en distinto grado.

Aunque los primeros autores sobre el ajuste premórbido asumían una dicotomía, los investigadores más recientes han asumido, en general, un continuo. Wittman (1941) y Langfeldt (1956) veían la distinción proceso-reactivo como una estricta dicotomía de tipos de esquizofrenia. Sin embargo, son varios los autores que como nosotros consideran el ajuste premórbido como una variable dimensional, por ejemplo, Gamerzy y Rodnick (1959), Becker (1959) y Chapman y col. (1961), Astrup y Noreik (1966), Sanes y Zigler (1971), Bromet y col. (1973), Zigler y col. (1977), Strauss y col. (1977), Goldstein (1978), Keith y Buschbaum, (1978), Morrison y Bellack (1987).

Como apuntan Strauss y col. (1977) el ajuste premórbido no sólo es una distribución continua, sino que consiste en un interjuego de diversas dimensiones o características psicosociales y biológicas. El ajuste premórbido, por tanto, debe ser conceptualizado como de naturaleza bio-psico-social.

Nosotros hemos utilizado el ajuste premórbido y su medida como dimensional, es decir, con un número infinito de posibilidades entre el mal y el buen ajuste. Con la escala que hemos utilizado (PAS de Cannon-Spoor y col. 1982) hemos visto fundamentalmente las dimensiones psicosociales.

2.- PERSONALIDAD PREVIA

2.1.- PROPORCIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Uno de los resultados más importantes de nuestro trabajo ha sido que el **85 %** de los pacientes tenía algún t.p. previo al inicio de su esquizofrenia. Este resultado le vamos a comparar con los encontrados en poblaciones generales, en otros pacientes psiquiátricos y en otros estudios de pacientes esquizofrénicos.

2.1.1. Trastornos de Personalidad en la Población General.

Es conveniente conocer la proporción de t.p. en la población general para saber si la proporción de los t.p. previos al inicio de la esquizofrenia se acumula en esquizofrénicos de una forma superior a la esperada por el azar. La prevalencia de los t.p. en la población general es objeto de estudio por distintos autores. Así por ejemplo, en una muestra de varones de la comunidad Drake y Vaillant (1985), utilizando criterios DSM-III encuentran un 23% de sujetos con trastorno de personalidad. En el trabajo de Casey y Tyrer (1986) se revisan distintos trabajos de prevalencia de los t.p. en la población general, mostrando que varía entre el 2% y el 18%. En su propio trabajo encuentran una prevalencia del 13%. Los t.p. en la población general suponen, según los distintos estudios revisados por Merikangas y Weissman (1986), entre el 6% y el 9%. En una muestra de sujetos de la comunidad Reich y col. (1989) informan de una frecuencia de 11,1%, utilizando un instrumento autoinformado (PDQ Personality Diagnostic Questionnaire). Distintos trabajos revisados por Reich y col. (1989) previos al desarrollo del DSM-III arrojaban cifras que oscilaban entre 6 y 10%. Zimmerman y Coryell (1989), también en un estudio de la población general,

demuestran que el 18% de los sujetos reciben el diagnóstico de un t.p. Maier y col. (1992) demuestran una prevalencia en las poblaciones comunitarias con el DSM-III-R de un 10%. Samuels y col. 1994 informan de una prevalencia en la población general de t.p. entre el 5,9 y el 9,3%.

La frecuencia de los t.p. en una muestra de población de atención primaria, según Casey y Tyrer (1990), variaba desde el 6% hasta el 28% según el instrumento de medida utilizado (entrevista estructurada frente al criterio del clínico).

En una revisión de estudios epidemiológicos realizada por Tyrer y col. (1991) las prevalencias varían entre el 2 y el 13% de la población general. La prevalencia de los t.p. en atención primaria revisada por Tyrer y col. (1991) oscila entre 4% y 8%.

Aunque las cifras son muy variables, entre el 2% y el 28%, los estudios epidemiológicos sobre los t.p. han demostrado que son más prevalentes de lo que se pensaba en un principio. Nuestra cifra del 85% de t.p. entre los esquizofrénicos se aleja bastante de la proporción en las poblaciones generales. Esto nos lleva a pensar que en la esquizofrenia existe una predisposición importante a presentar t.p. antes del inicio de la enfermedad. Así, podemos suponer, que entre la esquizofrenia y los trastornos de personalidad existe algo más que una relación coincidente.

Podemos considerar como un resultado esperable, por tratarse de una enfermedad mental grave, que exista una mayor frecuencia de t.p. entre los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra que entre las poblaciones generales. Aquí caben varias preguntas: ¿Esta mayor frecuencia es específica para la esquizofrenia o se presenta también en otros pacientes psiquiátricos? ¿La

proporción de t.p. previa es mayor en la esquizofrenia que en las poblaciones psiquiátricas en general? Dadas estas cuestiones también es interesante comparar nuestros resultados con las cifras de frecuencia de t.p. en distintas poblaciones psiquiátricas.

2.1.2. Trastornos de Personalidad en otros Pacientes Psiquiátricos.

Kass y col. (1985) hacen un estudio de los t.p. en una muestra correlativa de pacientes psiquiátricos que comienzan tratamiento ambulatorio por distintos motivos. De los 609 pacientes que estudian, encuentran que el 51% muestra uno o más t.p. según el DSM-III. Koenigsberg y col. (1985), estudiando la relación entre el eje I y el eje II del DSM-III en 2.462 pacientes psiquiátricos, encuentran un 36% de t.p. Dhal (1986) en una muestra de 231 pacientes consecutivamente ingresados, arroja una prevalencia de t.p. del 45%. Distintos estudios, buscando la relación eje I y eje II, revisados por Alnaes y Torgensen (1988), indican que más del 50% de los pacientes con diagnósticos del eje I tienen también diagnósticos en el eje II. Reich y col. (1989) demuestran una proporción mayor de t.p. entre los pacientes psiquiátricos que entre la población general. Jackson y col. (1991) informan de una prevalencia de t.p. en una población de pacientes psiquiátricos en los que se incluyen esquizofrénicos de un 67%. Estos autores consideran que cuando se utilizan instrumentos autoinformados los resultados suelen ser mas altos. El 57% de los pacientes con un trastorno por abuso de sustancias tiene un t.p. (Nace y col., 1991) Tyrer y col. (1991) demuestran que entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados los t.p. alcanzan hasta un 50% y para los ambulatorios entre el 20% y el 40%. Estos autores, a la luz de los resultados, concluyen que los t.p. son un acompañante ubicuo de la práctica psiquiátrica.

La prevalencia de t.p. entre los pacientes con trastornos afectivos oscila según Docherty y col. (1986) y Fiester y col. (1990) entre el 23% y el 67%. Según estos mismos autores entre los pacientes con trastornos de ansiedad existe entre un 20% y un 60% de t.p. Para Sanderson y col. (1994) la prevalencia de los t.p. en los pacientes afectivos es de un 50% y para los trastornos afectivos de un 35%, habiendo en los dos casos un predominio de trastornos de personalidad del grupo C ("temerosos").

Con esta revisión encontramos datos suficientes que nos hacen pensar que los pacientes esquizofrénicos no son una excepción en la alta relación entre síndromes y rasgos de personalidad. Lo que sucede es que cada trastorno sindrómico está más relacionado con determinados trastornos de personalidad. En nuestro estudio encontramos un claro predominio de los trastornos de personalidad del grupo A ("excéntricos") y del grupo C ("temerosos").

2.1.3. Trastornos de Personalidad en Pacientes Esquizofrénicos. Otros estudios.

Otra búsqueda que es obligada hacer es la proporción de t.p. encontrada entre los pacientes esquizofrénicos por los distintos autores. Parnas y col. (1982), haciendo una revisión de trabajos sobre la época premórbida de la esquizofrenia, encuentran que entre un 50% y un 75% de los esquizofrénicos presentan rasgos de personalidad anormales.

Koenigsberg y col. (1985) demuestran entre los pacientes esquizofrénicos una proporción de t.p. sólo del 7%. A los propios autores les parece una frecuencia de asociación baja. Ellos explican esta cifra tan baja en la incapacidad para poder distinguir determinados t.p. del inicio y de los síntomas prodrómicos

de la esquizofrenia. También explican esta cifra por la dificultad que tenían a la hora de recopilar información en este tipo de pacientes. Nosotros creemos que hay otros dos motivos para esta baja asociación. Primero, los diagnósticos en el trabajo de Koenigsberg y col. (1985) no se realizan con instrumentos de medida y no están dirigidos al estudio concreto que realizan, sino que se basan en los diagnósticos realizados en el curso de su rutina de trabajo clínico. Segundo, se limitan a hacer un único diagnóstico por eje.

Grebb y Cancro (1989) apuntan que entre un 25% y 50% de los pacientes esquizofrénicos tienen un t.p. premórbido. Según Black y col. (1988) esta cifra oscila entre un 35% y 80% de los pacientes esquizofrénicos. Para Zimmerman y Coryell (1989) el riesgo de que un esquizofrénico tenga un t.p. es de un 75%. La proporción de t.p. premórbidos en pacientes esquizofrénicos encontrada por Casey y Tyrer (1990) fue de 32%. Docherty y col. (1986) y Fiestler y col. (1990) también afirman que la asociación de los t.p. con la esquizofrenia es alta, pero no dan cifras al respecto. Hoog y col. (1990) con el SIDP (Structured Interview for DSM-III Personality) encuentran que el 58% de los pacientes esquizofrénicos presentaban un diagnóstico previo de t.p. En el mismo trabajo con el MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) el 70% de la muestra tenía algún t.p. Peralta y col. (1991) encuentran una frecuencia de personalidad premórbida anormal en un 56%. Estos mismos autores revisando un trabajo de M. Bleuler refieren un 70% de personalidades previas anormales. Terkelsen y col. (1991) informan de un 25% de t.p. mediante el DSM-III-R en una muestra de pacientes esquizofrénicos. Estos autores proclaman el estudio de los trastornos de la personalidad de los pacientes esquizofrénicos no sólo premórbidamente, sino incluso después del inicio de la enfermedad. Arranz y col. (1993) revisan algunos trabajos que demuestran, en una muestra de esquizofrénicos de comienzo reciente, que el 57% de los pacientes tienen al menos un diagnóstico de t.p.

Por tanto, exceptuando el trabajo de Koenigsberg y col. (1985), la frecuencia de t.p. previos en la esquizofrenia oscila en los trabajos revisados entre el 25% y el 80%. La enorme variación encontrada entre los distintos trabajos y entre éstos y el nuestro tiene que ver fundamentalmente con diferencias metodológicas. La prevalencia va a depender de la población de la que se elige la muestra y del instrumento utilizado para medirla. No todos los trabajos utilizan el DSM-III-R para diagnosticar la esquizofrenia y los t.p. Las dificultades para comparar nuestros resultados con los de otros investigadores, incluso si sólo se eligen aquellos trabajos que utilizan el DSM-III, pueden ser debidas a múltiples causas: la utilización de entrevistas estructuradas, no estructuradas, de cuestionarios autoinformados o, incluso, sólo del juicio clínico; de la situación clínica de los pacientes, si estaban en fase aguda en el momento de la evaluación del t.p. o no; del grado de síntomas residuales que están presentes cuando el t.p. es medido. Del uso o no de la información de los familiares o allegados en la evaluación.

Nuestros resultados, siendo los más altos, no se alejan mucho de los de los de otros investigadores que estudian la personalidad premórbida de los esquizofrénicos. Una explicación de la alta prevalencia de t.p. encontrada podría ser, como sugieren Jackson y col. (1991), el fracaso para distinguir síntomas prodrómicos y residuales de la esquizofrenia de la personalidad premórbida. Esta confusión síntoma-rasgo podría haber incrementado artificialmente las frecuencias de t.p. Para evitar esto, no obstante, se llevaron a cabo varios **controles en el diseño de nuestro estudio** con el objeto de minimizar cualquier efecto causado por la enfermedad esquizofrénica:

-Los pacientes fueron examinados solo cuando estaban libres de síntomas agudos;

-Se les recordaba continuamente que los rasgos debían ser referidos antes del inicio de la enfermedad y siempre se distinguían de los posibles síntomas de

la esquizofrenia.

-Aunque los datos son retrospectivos el tiempo de evolución de 5 ± 4 años fue suficientemente corto como para poder evitar la contaminación de los datos por la enfermedad.

-Por último se utilizó, en todos los casos, la información de un familiar o allegado.

La existencia de rasgos de personalidad patológicos premórbidos va a tener importancia para distintos aspectos, tanto antes del inicio de la enfermedad como en la época mórbida. Pueden favorecer el comienzo de la enfermedad o incluso la presentación de nuevas crisis. Como Koenigsberg y col. (1985) sugieren, los t.p. incrementan la vulnerabilidad de los sujetos al estrés y así contribuyen a las reacciones inadecuadas a los acontecimientos vitales estresantes. Teñirán también el funcionamiento del individuo una vez que ha comenzado su enfermedad. Esto puede tener repercusiones de distintos tipos. Los rasgos de personalidad patológicos pueden confundir al clínico a la hora de diagnosticar la esquizofrenia. Con esto se impediría que el paciente se pudiera beneficiar de un tratamiento específico (Travin y Protter, 1982). Si no se conoce la coexistencia del t.p. y de la esquizofrenia, el clínico puede actuar como si fueran mutuamente excluyentes. Los rasgos de personalidad también van a influir a la hora de encontrar diferentes actitudes y colaboraciones de los pacientes frente al tratamiento, así como del tipo de tratamiento elegido por su terapeuta (Sanderson y col. 1994).

2.2.- ASOCIACIONES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Dentro de la elevada frecuencia de t.p. premórbidos en los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra, lo más habitual fue encontrar los t.p. asociados. Mientras el 37,5% de la muestra tenía sólo un t.p., el 47,5% tenía dos o más de dos t.p. en la época premórbida. El número medio de t.p. por paciente fue de $1,6 \pm 1,3$.

El solapamiento de los t.p. se presenta en muchos trabajos de forma que los diagnósticos múltiples son la norma. La comorbilidad de los t.p. ha sido informada por distintos métodos, en distintas poblaciones clínicas y no clínicas (Stangl y col. 1985, Kass y col. 1985, Drake y Vaillant 1985, Docherty y col. 1986, Morey 1988, Skodol y col. 1988, Reich y col. 1989, Zimmerman y Coryell 1989, Fiester y col. 1990, Livesly y Schroeder 1990, Hoog y col. 1990, Hyler y col. 1990, Nurnberg y col. 1991, Dowson y Berrios 1991, Dowson 1992, Gunderson 1992, Oldham y col. 1992, Arranz y col. 1993). Estos trabajos no están limitados a los estudios sobre pacientes esquizofrénicos. Dado que existe una concordancia general en las asociaciones de t.p. en muestras comunitarias y en otros grupos de pacientes, podemos afirmar que no son algo específico de la esquizofrenia, sino de los t.p. en sí mismos, o al menos de sus sistemas de clasificación.

En nuestro trabajo, en los sujetos con trastornos aislados, el t.p. más frecuente fue el dependiente seguido del paranoide. En los sujetos con varios t.p. la asociación más habitual fue la de los t.p. evitativo-esquizoide. A continuación se encontraban las asociaciones evitativo-esquizotípico, evitativo-dependiente, esquizotípico-esquizoide, evitativo-paranoide y obsesivo-compulsivo-paranoide en este orden. Estas asociaciones son claramente compatibles con las correlaciones que hemos encontrado entre los t.p. De todas ellas llaman la atención la

correlación del t.p. evitativo con el esquizotípico y el esquizoide y más débilmente con el paranoide, y la alta correlación esquizoide-esquizotípico. También cabe reseñar la relación negativa entre el t.p. histriónico y los t.p. esquizoide y esquizotípico.

En conjunto con nuestros resultados podemos afirmar que existe una fuerte asociación entre los t.p. evitativo, esquizoide y esquizotípico. El t.p. paranoide aunque también relacionados con ellos lo está de una forma muy débil presentandose en la mayor parte de los casos de forma aislada. También hay un esbozo de asociación entre el trastorno evitativo y el dependiente. En estos casos el t.p. evitativo no estaba relacionado con los t.p. del espectro de la esquizofrenia. Es una asociación debil pues el t.p. dependiente se presenta principalmente solo.

Asociaciones de trastornos de personalidad evitativos, esquizoides y esquizotípicos

Frances (1980) sugiere que los pacientes **esquizoides y evitativos** posiblemente son diferentes en su historia familiar, su respuesta al tratamiento e incluso su predisposición a la esquizofrenia. Sin embargo, la asociación queda demostrada en nuestro trabajo y en el de otros autores (Gunderson y col. 1983, Livesly y col. 1985, Aluja 1987, Vaillant y Perry 1989, Jorgensen y Parnas 1990, Samuels y col. 1994).

La asociación **evitativo-esquizotípica** también encontrada por nosotros puede ser entendida igual que la relación evitativo-esquizoide. Otros autores, que encuentran como nosotros una asociación evitativo-esquizotípica, son Zimmerman y Coryell (1989), Morey (1988) y Oldham y col. (1992), Samuels y col (1994).

Otra asociación frecuente es la de los t.p. **esquizotípicos y esquizoides**. Esta viene a apoyar el concepto de trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia. También sugieren una asociación de los rasgos esquizoides y esquizotípicos Spitzer y col. (1979), Wolff (1980), Gunderson y col. (1983), Torgensen (1984), Frances, (1985), Grotstein (1986), Widiger y col. (1988) y Clarke y col. (1989), Samuels y col. (1994).

También hay referencias a la importante relación de los t.p. **evitativos-esquizoides-esquizotípicos** en conjunto, e incluso en ocasiones el t.p. **paranoide**, con apoyo empírico suficiente (Torgensen 1984, Gunderson y Siever 1985, Livesly y col. 1985, Widiger y Frances 1985, Dhal 1986, McGlashan 1986, Kass y col. 1985, Morey 1988, Meehl 1990, Siever y col. 1990, Jonhson, 1991, Numberg y col. 1991, Schroeder y Livesly 1991, Fulton y Winokur 1993, Samuels y col. 1994).

La división hecha por primera vez en el DSM-III, y que persiste en el DSM-III-R, del t.p. esquizoide en los trastornos de personalidad evitativo, esquizotípico y esquizoide es muy controvertida como afirma Gunderson y col. (1983). Los tres trastornos se caracterizan precisamente por el aislamiento social.

Por definición, la diferencia entre el t.p. esquizoide y el evitativo reside en la motivación del paciente para su relativo aislamiento social. El paciente evitativo desea la proximidad de otros pero la evita por miedo a la crítica y al rechazo. El paciente esquizoide carece de ese deseo. En términos de Millon el esquizoide evita las relaciones de forma pasiva, el evitativo de forma activa (Livesley y col. 1985). Son muchos los autores que creen que esta diferencia no puede establecerse fiablemente ya que depende de la inferencia. La SCID-II no incide especialmente en esta diferencia, con lo que no es de extrañar que la asociación de estos dos trastornos se haya producido con una frecuencia elevada. En el

propio DSM-III-R de 7 criterios que tiene cada uno de los dos t.p. uno es idéntico y, de los otros, varios presentan diferencias de matiz.

Para Kretschmer el esquizoide no es hipersensible o frío, sino las dos cosas a la vez, es decir, evitativo y esquizoide en los términos actuales. Son los términos definitorios de los extremos de una distribución continua. La división del concepto original esquizoide supone un empobrecimiento. Es más, la alta correlación entre los dos trastornos, incluida la encontrada por el propio Millon (autor que más influye en la separación) es tan alta que hace pensar que la diferencia entre los dos trastornos es escasa (Livesley y col. 1985).

Hay autores que no encuentran correlación entre t.p. evitativo y esquizoide (Kass y col. 1985, Trull y col. 1987, Morey 1988, Zimmerman y Coryell 1989, Oldham y col. 1992). Estos trabajos probablemente no demuestran esta asociación por la tendencia a diagnosticar los pacientes esquizoides bien como evitativos bien como esquizotípicos. Esta explicación viene refrendada por la baja frecuencia encontrada por ellos de t.p. esquizoide.

También el t.p. esquizotípico comparte con los t.p. evitativo y esquizoide la característica básica del aislamiento social. En el DSM-III-R un mismo ítem (*no tener ningún amigo íntimo o sólo uno*) se incluye en los tres juegos de criterios. Torgensen (1984) plantea la hipótesis de que el núcleo básico del t.p. esquizotípico es una estructura de personalidad esquizoide y paranoide relacionados con factores genéticos. Livesly y col. (1985) incluye el t.p. esquizotípico dentro del mismo continuo que el esquizoide y el evitativo. A pesar de haber surgido junto con el t.p. límite en el trabajo de Spitzer y col. (1979) el t.p. esquizotípico está mucho más vinculado con los t.p. esquizoide y paranoide.

No hay evidencias de si los trastornos evitativo, esquizoide y esquizotípico

son trastornos completamente diferentes o son el mismo trastorno manifestándose con distinta intensidad. Dada la asociación entre estos trastornos, frecuentemente demostrada por diversos autores podemos pensar que son elementos del mismo continuo patológico, con diferencias fundamentalmente de grado, siendo el t.p. esquizoide la forma más leve y el esquizotípico la más grave. Esta idea también está apoyada por Gunderson y col. (1983), Gunderson y Siever (1985), Livesly y col. (1985), Widiger y Frances (1985), Grotstein (1986), Dhal (1986), Widiger y col. (1988), Clarke y col. (1989), Meehl (1990), Johnson (1991), Schroeder y Livesly (1991) y Nurnberg y col. (1991).

Gunderson y Siever (1985) se plantean la hipótesis de que todos estos trastornos sean el reflejo de los rasgos psicológicos nucleares del genotipo esquizofrénico. Creen que los sistemas nosológicos deberían reconocer las continuidades entre las distintas categorías adyacentes. Para ellos los t.p. son categorías no primariamente sintomáticas, pero sí formas vinculadas biogenética y medioambientalmente. Así en su esquema consideran los t.p. esquizotípico y paranoide como los t.p. más directamente vinculados con la esquizofrenia. El t.p. esquizoide sería un grado menos en el continuo hacia la psicosis esquizofrénica. Los t.p. evitativo y compulsivo serían el siguiente paso en el gradiente. Los t.p. histriónico, dependiente y límite estarían, según su esquema, relacionados con el continuo de las psicosis afectivas.

Para Meehl (1990), el esquizotípico puede tener cualquier grado de descompensación clínica, desde la forma completamente compensada en la que el individuo pasaría desapercibido para cualquier observador no especializado, hasta la forma más franca de esquizofrenia. En sus descripciones ve que un grado menos del trastorno esquizotípico sería el trastorno esquizoide. El evitativo sería un individuo no esquizoide que todavía mantiene la introversión social.

La asociación de los t.p. del espectro de la esquizofrenia, es decir, los t.p. esquizotípico, esquizoide y paranoide, viene fundamentalmente refrendada por la relación genético-familiar demostrada en los trabajos del Estudio Danés de Adopción (Kety y col. 1968 y Roshental y col. 1971), así como por otros autores como Siever y col. (1990).

Desde un punto de vista del desarrollo estructural y psicodinámico, los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico y evitativo forman parte del mismo continuo (Johnson, 1991).

Al hacer estudios de análisis factorial de los t.p. del DSM-III-R, dos trabajos independientes (Numberg y col. 1991 y Schroeder y Livesly 1991) describen un factor compuesto por las personalidades evitativa, esquizoide y esquizotípica.

Asociación de los trastornos evitativos y dependientes

Otra pareja de trastornos de personalidad que se presentaron asociados en nuestro trabajo fue la de los trastornos **evitativos y dependientes**. Esta asociación también es apuntada por Frances (1980) Trull y col. (1987) y Oldham y col. (1992).

Algunos investigadores han realizado una matriz de correlaciones entre los rasgos de personalidad con una metodología similar a la nuestra, pero no sólo en pacientes esquizofrénicos. En general, se obtuvieron resultados prácticamente similares. Entre estos trabajos tenemos los de Kass y col. (1985), Widiger y col. (1987), Zimmerman y Coryell (1989), Bell y Jackson (1992), Dowson (1992), Samuels y col. (1994).

En los trabajos de Kass y col. (1985) y Bell y Jackson (1992) encontramos una diferencia básica con el nuestro. La fuerte correlación que nosotros vemos de los rasgos evitativos con los esquizoides y esquizotípicos no es demostrada por ellos. Su población es de pacientes psiquiátricos generales. En el estudio de Widiger y col. (1987) la relación evitativo-esquizoide es claramente más baja. Aunque las asociaciones sean una característica inherente de los trastornos de personalidad, estos datos nos pueden hacer pensar que la relación del t.p. evitativo con los t.p. del espectro de la esquizofrenia sea específica sólo de los pacientes esquizofrénicos.

También podemos hipotetizar que el t.p. evitativo que se presenta a nivel premórbido en los pacientes esquizofrénicos puede ser de características diferentes que el t.p. evitativo de pacientes psiquiátricos en general. En la esquizofrenia se podría ver como una forma minor, de menor grado, de los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia. La ansiedad y timidez del evitativo premórbido esquizofrénico puede ser más un rasgo menor de los t.p. del espectro y la propia esquizofrenia. En el caso de otros pacientes no esquizofrénicos, los rasgos evitativos pueden ser más parecidos al t.p. dependiente. De hecho, en nuestra matriz no encontramos correlación evitativo-dependiente y, en los trabajos de Kass y col. (1985), Widiger y col. (1987), y Samuels y col. (1994) sí la hay.

Hemos visto distintas asociaciones entre los trastornos de personalidad en los pacientes esquizofrénicos, pero parece que también las hay en las muestras comunitarias. Ante esto nos surge la cuestión: ¿Porque se pueden producir estas asociaciones? El solapamiento entre los t.p. puede ser debido a distintas causas:

-Puede existir una imprecisión en el establecimiento de criterios específicos. Por ejemplo, el t.p. esquizotípico comparte criterios con los t.p. evitativo, esquizoide y paranoide.

-También puede que haya muchas categorías o que los límites de alguna categoría estén incorrectamente demarcados.

-Puede existir una verdadera comorbilidad, es decir, dos o más trastornos completamente distintos que se presentan asociados pero cuya asociación es independiente de lo descriptivo.

-Puede que dos trastornos se presenten a la vez porque ambos formen parte del mismo síndrome clínico

Es posible que en las asociaciones de trastornos de personalidad premórbidos de la esquizofrenia participen en mayor o menor medida todos estos factores. En ocasiones es muy difícil separar estos tipos de solapamiento.

Aunque la elevada frecuencia de asociaciones entre los trastornos de personalidad nos debe plantear la cuestión sobre su validez diagnóstica, probablemente también tengan un valor práctico. Sería interesante estudiar cómo éstas producen interacciones patoplásticas mutuas, alterando la estructura básica de la personalidad de un individuo. Probablemente no sea lo mismo un esquizoide con rasgos narcisistas que sin ellos. Bell y Jackson (1992) apuntan que los t.p. se pueden influir entre sí como lo hacen sobre los trastornos del eje I. Arranz y col. (1993) sugieren que las asociaciones de t.p. tengan un valor práctico en relación con el pronóstico y el tratamiento.

Dado que el solapamiento entre los t.p. es la norma, Zimmerman y Coryell (1989) sugieren que un adecuado agrupamiento puede aumentar la probabilidad de identificar relaciones entre los trastornos del eje I y del eje II.

2.3.- LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD PREVIOS A LA ESQUIZOFRENIA

El uso de dos ejes diagnósticos puede representar un esfuerzo y un deseo de desarrollar un sistema de diagnóstico que se ajuste al modelo básico de la medicina. Desde antiguo un diagnóstico completo está constituido por tres componentes: un diagnóstico etiológico, un diagnóstico patológico o de vulnerabilidad y un diagnóstico sindrómico. Así por ejemplo, la insuficiencia cardiaca congestiva sería el diagnóstico sindrómico, la estenosis aórtica un diagnóstico patológico y la arterioesclerosis de la válvula un diagnóstico etiológico (Docherty y col. 1986). En el caso de la esquizofrenia, ésta sería el diagnóstico sindrómico. Los trastornos de personalidad premórbidos a la esquizofrenia podrían ser el diagnóstico de vulnerabilidad y la posible alteración genético-ambiental responsable del t.p., el diagnóstico etiológico.

Con respecto a la frecuencia de cada trastorno de personalidad en nuestra muestra de esquizofrénicos, nos encontramos con los siguientes datos. El más frecuentemente presentado fue el **evitativo** que lo padecía el **32,5%** de la muestra. A continuación el **esquizoide (27,5%)**, el **paranoide (20%)** y el **dependiente (20%)**. El **esquizotípico** se presentó sólo en el **12,5%** de los casos. Los **t.p. obsesivo-c.** y el **trastorno de conducta en la infancia**, en el **10%**. El resto de los t.p. se presentó en proporciones inferiores.

Si los criterios se estrechan y consideramos sólo los diagnósticos prototípicos, nos encontramos con que el **12,5%** de la muestra presenta un t.p. evitativo y otro **12,5%** un t.p. esquizoide. El **5%** presenta un t.p. paranoide.

2.3.1 Comparación de Resultados.

Como hemos hecho anteriormente, vamos a comparar las proporciones de cada t.p. en nuestra muestra de esquizofrénicos con las encontradas por otros autores en pacientes esquizofrénicos, pacientes psiquiátricos generales y en individuos de la población general.

a) Entre los trabajos sobre **trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos** tenemos los de McGlashan (1983), Pfohl y Winokur (1983), Fenton y McGlashan (1989), Zimmerman y Coryell (1989), Hoog y col. (1990), Jackson y col. (1991) y Peralta y col. (1991).

McGlashan (1983), en su muestra de esquizofrénicos del estudio del Chestnut Lodge, encuentra que un 44% tenían un diagnóstico asociado de t.p. esquizotípico según DSM-III y un 20% de t.p. límite. El t.p. esquizotípico demostraba una alta proporción de cambio diagnóstico hacia la esquizofrenia a lo largo del seguimiento de la muestra, pero el t.p. límite no. En su trabajo McGlashan (1983) viene a demostrar que el t.p. esquizotípico está relacionado con la esquizofrenia como una forma variante de ésta, pero el t.p. límite no. Sugiere que el t.p. límite está vinculado con el trastorno afectivo. Nosotros no encontramos una proporción tan alta de t.p. esquizotípico. Con respecto al t.p. límite si encontramos, apoyando sus datos, una proporción claramente menor.

Pfohl y Winokur (1983) en una muestra de pacientes esquizofrénicos del tipo hebefrénico/catatónico encuentran una frecuencia de t.p. esquizoide premórbida similar a la nuestra. La frecuencia de t.p. premórbidos evitativo, dependiente, esquizotípico y paranoide eran claramente menores. El resto eran similares. Las diferencias encontradas pueden tener que ver con la debilidad metodológica del trabajo de estos autores: Aunque se basan claramente en datos

premórbidos, los diagnósticos se realizan sin entrevistas estructuradas.

Fenton y McGlashan (1989) informan que el 22% de los pacientes que desarrollan esquizofrenia tienen un t.p. esquizotípico previo.

Zimmerman y Coryell (1989) encuentran proporciones de t.p. esquizotípico y límite más altas que en nuestro trabajo. Sus resultados sobre los t.p. paranoide, esquizoide, evitativo y dependiente eran claramente más bajos. La explicación de las diferencias viene dada por los propios autores. Ellos hacen el diagnóstico de esquizofrenia por medio del DIS (Diagnostic Interview Schedule) que es un instrumento diseñado para estudiar la epidemiología de los trastornos psiquiátricos. El diagnóstico de esquizofrenia con este sistema es muy poco restrictivo, reflejando más realmente episodios psicóticos reactivos y transitorios que una esquizofrenia franca.

Hoog y col. (1990) con el SIDP (Structured Interview for DSM-III Personality) encuentran una proporción de t.p. esquizotípico, antisocial, y límite importantes. Con el MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) encontró proporciones altas del t.p. dependiente, evitativo y narcisista. Este último t.p. no lo hemos visto en nuestro trabajo relacionado de forma importante con la esquizofrenia. Nuestra elevada proporción del t.p. evitativo y dependiente está apoyada por el trabajo de Hoog y col. (1990).

La proporción de t.p. encontrados en una muestra de pacientes esquizofrénicos de menos de cinco años de evolución por Jackson y col. (1991) utilizando el SIDP es de nuevo más alta en el t.p. esquizotípico y más baja en los t.p. evitativo, paranoide, esquizoide y dependiente.

Peralta y col. (1991) encuentran una frecuencia de personalidad

premórbida esquizoide-esquizotípica similar a la nuestra. Este mismo autor informa de un trabajo de M. Bleuler con resultados parecidos.

En resumen, la mayoría de los trabajos que estudian la personalidad premórbida de los pacientes esquizofrénicos encuentran proporciones de t.p. esquizotípico claramente mayores que las nuestras. Los t.p. esquizoide y paranoide están menos representados que en nuestro trabajo. Hay que considerar que cuando se asocian, en los distintos trabajos y en el nuestro, los resultados referentes a los t.p. paranoide, esquizoide y esquizotípico los datos son bastante similares. Es decir, la mayoría reflejan un claro predominio de estos t.p., llamados del espectro, entre las personalidades premórbidas de los esquizofrénicos. La elevada frecuencia de t.p. evitativo y dependiente está también refrendada por algunos estudios, aunque no por todos.

b) Cuando comparamos nuestros resultados con los de **pacientes psiquiátricos en general** (Kass y col. 1985, Dhal 1986, Zanarini y col 1991) nos encontramos con que presentan cifras similares de t.p. histriónico, narcisista, antisocial, límite, obsesivo-c y pasivo-agresivo. Pero los t.p. esquizoide, esquizotípico, paranoide, evitativo, y dependiente son claramente mayores en nuestros pacientes esquizofrénicos. En las publicaciones de Dowson y Berrios (1991) y Dowson (1992), también sobre población psiquiátrica general, se encuentran cifras de todos los t.p. mucho más elevadas que las nuestras. Esto está claramente influido por la utilización de un cuestionario autorrellenable. Se ha demostrado que este tipo de instrumentos encuentran muchos falsos positivos (Hyer y col. 1990). Sanderson y col. (1994) en pacientes con trastornos de ansiedad muestran cifras menores de todos los trastornos de personalidad.

c) La otra comparación que hacemos es con la prevalencia de t.p. en las **muestras comunitarias** (Drake y Vaillant 1985, Casey y Tyrer 1986, Merikangas y Weissman 1986, Baron y Risch 1987, Zimmerman y Coryell 1989 Reich y col. 1989, Samuels y col. 1994). Se encuentra en general una proporción mayor de todos los t.p. en nuestra muestra que en las poblaciones comunitarias, pero las diferencias son claramente mayores en los t.p. esquizoide, esquizotípico, paranoide, evitativo y dependiente.

Vamos a estudiar el tema según cada trastorno de personalidad.

2.3.2. Trastorno de Personalidad Esquizotípico.

La proporción de t.p. esquizotípico reflejada en nuestra muestra es mayor que la de los pacientes psiquiátricos en general y que en los sujetos de la población general de otros trabajos. Es menor que la encontrada en pacientes esquizofrénicos por otros estudios. Nuestra relativamente baja frecuencia de t.p. premórbido esquizotípico puede ser parcialmente explicada por diversos motivos:

-Por un lado, la naturaleza de los criterios diagnósticos del DSM-III-R para este trastorno hace difícil su valoración premórbida. Como muchos de sus rasgos están en el límite con los síntomas psicóticos, es complicado distinguir retrospectivamente entre t.p. esquizotípico o pródromo de la esquizofrenia. Además, con nuestro instrumento de medida (SCID-II), de los 9 rasgos 3 son observacionales, con lo que hay que basarse sólo en el criterio de los familiares.

-También es posible que los sujetos, que en otros trabajos se han diagnosticado como esquizotípicos, en el nuestro se han considerado como esquizoides o evitativos, principalmente esquizoides. La alta correlación entre estos t.p. y la menor frecuencia de t.p. esquizoide en otros trabajos en relación al nuestro, avalan esta posibilidad.

-Un motivo más, que hay que tener en cuenta, es que las características suspicaces y contradependientes de este tipo de sujetos les haga ser cautos y muy resistentes a la petición de ayuda, y por tanto, eviten las situaciones de tratamiento. En el caso de los t.p. dependientes puede haber sucedido lo contrario y por eso son más frecuentes de lo que podíamos haber pensado en un principio. En contra de esta posibilidad está la importante frecuencia de t.p. paranoide que hemos encontrado, también con esas características de suspicacia.

-La frecuencia de t.p. esquizotípico también puede estar disminuida debido a que, como han demostrado Baron y col. (1983), la edad de manifestación del t.p. esquizotípico y del trastorno esquizofrénico son coincidentes. Quizá los t.p. esquizotípicos aquí representados sean solo las formas de mayor gravedad que se han manifestado mucho más temprano.

El resultado de una frecuencia mayor que en las poblaciones comunitarias y psiquiátricas era el esperable por las opiniones y resultados de distintos investigadores como McGlashan (1983), Docherty y col. (1986), Fenton y McGlashan (1989), Zimmerman y Coryell (1989), Hoog y col. (1990), Jackson y col. (1991), Peralta y col. (1991), Foerster (1991), Siever y col. (1991) y Siever y col. (1993). Ya con la diferenciación que hacen Spitzer y col. (1979) del t.p. esquizotípico, llaman la atención sobre la relación que tiene con la esquizofrenia.

Meehl (1962) considera que lo realmente heredado en la esquizofrenia es la esquizoataxia, es decir, el defecto neurointegrativo. También afirmaba que, debido al aprendizaje social, todos los esquizoatáxicos se transformaban en personalidades esquizotípicas. La mayoría de éstos permanecían compensados. La minoría, según él, quizá por una debilidad constitucional y por un ambiente de crianza ya alterado, padres también esquizotípicos, se transforman en sujetos esquizofrénicos. Los vínculos t.p. esquizotípico-esquizofrenia que aparecen con los trabajos recientes vienen a documentar de algún modo la vieja teoría de

Meehl sobre la esquizoataxia-esquizotipia-esquizofrenia. Muchos autores opinan que el t.p. esquizotípico representa una variante leve del trastorno esquizofrénico (McGlashan, 1986 Schulsinger y col., 1987). Otros consideran que la esquizofrenia y el t.p. esquizotípico representan diferentes manifestaciones fenotípicas del mismo proceso subyacente. Esto significa que los dos trastornos tienen diferentes umbrales dentro de un continuo de riesgo genético-ambiental. Los dos trastornos suponen diferentes grados del mismo proceso subyacente, es decir, un conjunto de estados de un mismo espectro que comparten una misma etiología (Baron y Risch 1987, Widiger y Frances 1989, Meehl, 1990, Siever y col. 1990, Keefe y col. 1991).

Widiger y Frances (1989) consideran que el individuo esquizotípico es alguien que posee la disposición genotípica para convertirse en esquizofrénico pero, como resultado de un ambiente favorable, nunca se ha descompensado y muestra una forma leve y atenuada de esquizofrenia. Meehl (1990) considera que el esquizotípico puede manifestarse en distintos grados, desde el t.p. evitativo y esquizoide, que serían las formas más leves y compensadas, hasta la esquizofrenia completa. Siever y col. (1991) y Siever y col. (1993) encuentran evidencias en una gran variedad de campos (clínicos, genéticos, psicológicos, neuropsicológicos, psicofisiológicos, neuroquímicos, de imagen, de pronóstico y de respuesta a los tratamientos), que sugieren que el t.p. esquizotípico está estrechamente relacionado con la esquizofrenia y que este t.p. forma parte del espectro de los trastornos relacionados con la esquizofrenia.

Baron y col. (1983) opinan que, aunque existe una relación genética entre los t.p. del espectro, y más especialmente el t.p. esquizotípico con la esquizofrenia, lo que sería erróneo, es considerar el t.p. esquizotípico en la población general como una expresión fija de la disposición genética a la esquizofrenia. Como demuestra Torgensen (1984) no todos los esquizotípicos

desarrollan una esquizofrenia. Torgesen (1985) apunta que aunque hay más familiares de esquizofrénicos con t.p. esquizotípico, en los familiares de sujetos con t.p. esquizotípico no se demuestra una proporción mayor de esquizofrenia. No obstante, una manera de definir poblaciones de alto riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia para la investigación es mediante estrategias psicométricas que lo que miden es precisamente el grado de esquizotipia (Lenzenweger, 1994).

2.3.3. Trastorno de Personalidad Esquizoide.

La frecuencia del t.p. esquizoide ha resultado especialmente alta entre los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra. Ya hemos hecho referencia a la posibilidad de que se incluyan entre ellos pacientes que en otros trabajos son diagnosticados de t.p. esquizotípico. En los antiguos trabajos era considerado como el t.p. premórbido fundamental. Sin embargo, en los trabajos más recientes se ha encontrado una frecuencia mas baja. Esto es debido, como opinan Pfohl y col (1986) y Hoog y col. (1990), a los cambios introducidos en las clasificaciones. Con el DSM-III se diagnostican a estos sujetos en muchos casos como t.p. esquizotípicos o evitativos. Que nosotros hayamos encontrado una proporción mayor de t.p. esquizoide que de esquizotípico no es sorprendente a la luz de los datos de Morey (1988). Este demuestra que con el DSM-III-R se diagnostican más t.p. esquizoides que en el DSM-III eran vistos como t.p. esquizotípicos.

Los trastornos esquizoides se han considerado, como afirma Planansky (1966), como estados psicóticos que se habían paralizado en algún momento del pasado. Kay y col. (1976) demuestran una proporción también elevada de t.p. esquizoide entre individuos parafrénicos. Más recientemente, Dalkin y col. (1994) demuestran, y revisan distintos trabajos que lo apoyan, que el t.p. esquizoide (y

asociados) es un tipo de personalidad premórbida muy común entre los pacientes esquizofrénicos.

Las causas de la condición esquizoide se asumen por Wolff y Chick (1980) como claramente constitucionales. También demuestran una asociación entre el t.p. esquizoide y los rasgos del esquizotípico. La esquizoidía, en principio, para Wolff y Chick (1980) no tiene una significación patológica. Incluso por el contrario, como describió Asperger, cuando se asocian con una buena inteligencia son individuos con grandes capacidades. Es decir, el hecho de que muchos esquizofrénicos sean previamente esquizoides no significa que todos los esquizoides tengan que ser esquizofrénicos, ni tampoco se ha demostrado que esto tenga que ver con el número o la severidad de los rasgos esquizoides. Cull y col. (1984) son de la misma opinión. Sin embargo, Wolff y Chick (1980) describen en sujetos esquizoides una proporción mayor de desarrollo de esquizofrenia que en controles.

Pfhol y Winokur (1983) describen una elevada proporción de t.p. esquizoides entre las características premórbidas de pacientes esquizofrénicos. Ellos utilizan el término esquizoide de una forma amplia incluyendo en ellos también a los esquizotípicos.

Zubin y col. (1983) demuestran que los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo nueve veces mayor que la población general de presentar un t.p. premórbido esquizoide. Las demás categorías de la personalidad presentan tasas de riesgo de desarrollar esquizofrenia similares a las del resto de la población. Concluyen que el t.p. esquizoide está asociado con el desarrollo de trastornos esquizofrénicos.

Otros trabajos que también informan de la relación del t.p. esquizoide con

la esquizofrenia son los de Fiester y col. (1990) y Wolff (1991-a). Para Widiger y Gunderson (1992), dentro de todas las variantes del espectro de la esquizofrenia, el t.p. esquizoide sería la forma menos severa de expresión caracteriológica.

2.3.4. Trastorno de Personalidad Paranoide.

La alta frecuencia del t.p. paranoide entre los antecedentes premórbidos de la esquizofrenia es comprensible al reconocer este trastorno como un elemento más del espectro de la esquizofrenia. Kendler y Gruenberg (1982) demuestran que el t.p. paranoide era más frecuente en los familiares biológicos de esquizofrénicos que en familiares adoptivos y en controles. Estos autores, sin embargo, descartan la posibilidad de que el vínculo genético entre t.p. paranoide y esquizofrenia sea debido a que el t.p. sea una manifestación prodrómica de esquizofrenia. A esta conclusión llegan por la elevada edad de los sujetos paranoides de su muestra. Nosotros sí tenemos datos suficientes para sugerir que el t.p. paranoide puede ser una de las formas de manifestarse premórbidamente la esquizofrenia, se presenta en el 20% de los pacientes esquizofrénicos.

Aunque hay dudas de la pertenencia del t.p. paranoide a los t.p. del espectro de la esquizofrenia, hay distintos trabajos que demuestran la relación. Uno de los estudios con más peso en este tema es el del grupo de Kendler, Gruenberg y Strauss en sus distintos análisis independientes del Estudio Danes de Adopción de la Esquizofrenia. Lo que sí parece evidente es que la relación del t.p. paranoide con la esquizofrenia es más débil que la del t.p. esquizotípico (Kendler y Gruenberg 1984).

Cabe la posibilidad de que el t.p. paranoide esté relacionado con la esquizofrenia en la medida en que lo está con el t.p. esquizotípico. Cuando el t.p.

paranoide se presenta aislado, probablemente esté más relacionado con los trastornos delirantes crónicos. Así Widiger y Gunderson (1992) consideran que el t.p. paranoide está en el espectro tanto de la esquizofrenia como de los trastornos delirantes crónicos. Y el trastorno delirante crónico no forma parte del espectro de la esquizofrenia, como demuestran Kendler y col. (1981).

2.3.5. Trastornos de Personalidad del Espectro como Conjunto.

En nuestro trabajo, vistos como conjunto los t.p. del espectro, en el periodo premórbido a la esquizofrenia, aparecen asociados. Son diversos los autores que, desde el estudio Danés de Adopción de la Esquizofrenia (Kety y col. 1968, Roshental y col. 1971), encuentran una relación genética entre los trastornos de personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide, fundamentalmente el primero, con la esquizofrenia, refiriendo en muchos casos una evolución desde el t.p. hacia el cuadro psicótico (Kendler y col. 1981-a, Kendler y Gruenberg 1982, Kendler y col. 1982, Baron y col. 1983, McGlashan 1983, Kendler y col. 1984 Kety, 1985, Gunderson y Siever 1985, Siever 1985, Siever y Coursey 1985 Torgensen 1985, McGlashan 1986, Docherty y col. 1986, Baron y Risch 1987, Schulsinger y col. 1987, Mednick y col. 1987, Fenton y McGlashan 1989, Widiger y Frances, 1989 Fiestler y col. 1990, Hoog y col. 1990, Meehl 1990, Siever y col. 1990, Foerster 1991, Onstad y col. 1991, Siever y col. 1991, McGuffin y Thapar 1992, Widiger y Gunderson, 1992 Siever y col. 1993, Stone, 1993).

Mednick y col. (1987) informan que el 42% de los sujetos de alto riesgo para desarrollar esquizofrenia reciben un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia. Esto les hace considerar que la esquizofrenia y los t.p. del espectro de la esquizofrenia tienen una vulnerabilidad genética comparable. La diferencia que encuentran entre la esquizofrenia y el t.p. esquizotípico es que en el

segundo, el medioambiente de crianza es relativamente mejor y tienen menos complicaciones en el nacimiento. Esta vulnerabilidad en conjunto, también según estos autores, es mayor que la de los t.p. esquizoide y paranoide, y la de éstos mayor que la de otros tipos de personalidad.

Perry y Vaillant (1989), que informan de una proporción de entre 25% y 50% de t.p. premórbidos entre los pacientes esquizofrénicos, consideran que la mayoría son t.p. esquizoide, esquizotípico y paranoide. En estudios de familiares de pacientes esquizofrénicos los t.p. más frecuentes según el DSM-III-R evaluados con el SCID-II fueron el esquizotípico y el paranoide (Onstad y col. 1991).

Ya en 1953 Rado, al plantear la idea del trastorno esquizotípico como una manifestación fenotípica del genotipo esquizofrénico, también consideró diferentes grados de "esquizo-adaptación". La forma más compensada sería la esquizoide, una forma intermedia sería la esquizotípica. La desintegración esquizotípica que está marcada por la incompetencia adaptativa sería la psicosis esquizofrénica.

Gunderson y Siever (1985) plantean un esquema en el que los pacientes pueden estar a lo largo de una dimensión que va desde la normalidad hasta la psicosis pasando por distintos trastornos de personalidad de un forma solapada e imperceptible. Así, en la línea de la esquizofrenia estaría el t.p. esquizotípico y paranoide como trastornos del espectro, el t.p. esquizoide como un trastorno intermedio y los trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo y evitativo como simples rasgos de la dimensión esquizofrénica. También en una línea dimensional, Siever y Davis (1991) proponen que los trastornos del eje I son el resultado de alteraciones en dimensiones psicobiológicas fundamentales. Sugieren que estas alteraciones ocurren en un continuo. En un extremo se manifestarían como un trastorno del eje I. En el extremo opuesto, las alteraciones

persistentes y leves de esas dimensiones podrían contribuir al desarrollo de mecanismos de defensa y estrategias de adaptación específicos que, si cristalizan, pueden ser consideradas como trastornos del eje II. Así la esquizofrenia, caracterizada por sus alteraciones de la organización cognitivo/perceptual, se manifiesta como un trastorno del pensamiento y la percepción, síntomas psicóticos y aislamiento social. Trastornos más sutiles en el control cognitivo pueden ser expresados como rasgos de excentricidad, lenguaje peculiar y retraimiento social, como ocurre en los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia.

Grotstein (1986) opina que un esquizofrénico cuando no está psicótico se manifiesta como un individuo con personalidades esquizoides y esquizotípicas. Entiende las alteraciones premórbidas de la personalidad como las manifestaciones de una lesión inicial. Como resultado de esta lesión se produciría un compromiso en la capacidad del paciente para ajustarse y adaptarse a las situaciones estresantes. Esto se manifestaría como una "personalidad psicótica", es decir, como un t.p. del espectro, y uno u otro en función del grado de alteración. Cuando esto fracasa se desarrolla la esquizofrenia. Este autor considera el trastorno de personalidad como el sustrato de la vulnerabilidad psicótica.

Las características de excentricidad y aislamiento pueden ser vistas como una forma de protegerse frente a los estímulos amenazantes para los que son especialmente vulnerables (Grotstein 1986). El aislamiento asociado con los t.p. evitativo, esquizoide y esquizotípico y, probablemente también, con el paranoide, puede predisponer al individuo al desarrollo de la esquizofrenia. Actuaría enajenando al sujeto de los sistemas de apoyo externos y predisponiéndole al desarrollo de preocupaciones autistas. Los pacientes esquizoides tienen una vida fantástica muy activa. A veces, incluso, como sugiere Wolff (1991-a), se

comportan como si no pudieran diferenciar entre la fantasía de su imaginación y la realidad.

2.3.6. Otros Trastornos de Personalidad.

Meehl en 1962 plantea que cualquier individuo no esquizoatáxico, sea cual sea su carga genética, como no puede ser esquizotípico nunca se podría descompensar como una esquizofrenia. Además de Meehl (1962), otros autores (Baron y col. 1983-b, y Silverman y col. 1993) afirman que sólo los t.p. del espectro de la esquizofrenia y no otro tipo de t.p. están relacionados genéticamente con la esquizofrenia, es decir, no existe relación con la esquizofrenia de otros t.p. diferentes de los del espectro.

El propio Meehl, posteriormente en 1990, sugiere que, aunque con la esquizofrenia verdadera o esquizoatáxica sólo están relacionados los t.p. del espectro, las formas no esquizoatáxicas o genofenocopias de la esquizofrenia pueden no presentar ningún t.p. premórbido o si lo presentan serían otros t.p. diferentes a los del espectro. Planansky (1966) admite la posibilidad de que no todas las esquizofrenias sean precedidas por una personalidad esquizoide. Inouye (1970) considera que hay pacientes esquizofrénicos sin una personalidad previa alterada en el sentido esquizoide. Pero para este autor estos sujetos padecen, en realidad, una psicosis fenomenológicamente parecida a la esquizofrenia clásica, pero sin serlo. Hoog y col. (1990) demuestran la existencia de otros t.p. diferentes de los del espectro en el periodo premórbido de los esquizofrénicos.

En nuestro trabajo demostramos que otros t.p. diferentes a los trastornos del espectro, fundamentalmente el evitativo y dependiente, pueden detectarse en

el periodo premórbido en pacientes esquizofrénicos. Lo que parece más improbable es que exista una relación genética, al menos con el dependiente.

a) El **t.p. evitativo** es especialmente frecuente entre los t.p. premórbidos en nuestros pacientes esquizofrénicos. Se presenta en un 32,5% de los casos. En parte, puede ser debido a la gran vinculación que hemos demostrado y que apuntan distintos autores, entre este t.p. y el esquizoide. Otra explicación puede ser la de Skodol y col. (1988), que encuentran una alta tasa de falsos positivos con el SCID-II para el t.p. evitativo, es decir, se cumplen demasiado fácilmente los criterios de este trastorno.

Para Black y col. (1988) y Hoog y col. (1990) además de los t.p. del espectro es frecuente encontrar como t.p. premórbido en los esquizofrénicos el t.p. evitativo. Zimmerman y Coryell (1989) demuestran que los pacientes con t.p. evitativos (además de los clásicos esquizotípico, esquizoide y paranoide) tienen un riesgo significativamente mayor para desarrollar esquizofrenia, que los pacientes sin t.p. premórbido.

b) El **t.p. dependiente** también es particularmente frecuente entre las características premórbidas de los esquizofrénicos de nuestra muestra, presentándose en el 20% de los casos.

Grotstein (1986), siguiendo las ideas de Tustin, distingue dos tipos de personalidades prepsicóticas, los encapsulados y los confusos. El primero se aísla de los demás, el segundo se adapta exageradamente a los demás. En sus definiciones podemos ver reflejados entre los encapsulados a los pacientes evitativos, esquizoides, esquizotípicos y paranoides. Entre los que denomina

confusionales se pueden incluir a los esquizotípicos y dependientes. Admite que en la práctica existe un predominio de las mezclas de las dos categorías principales.

Frosch (1988-b) indica que es frecuente entre los niños que posteriormente desarrollan una psicosis, la existencia de unos padres con incapacidad para tolerar las peticiones de independencia. De alguna forma esto favorece las relaciones simbióticas y las características de personalidad dependientes en los sujetos que van a tener una psicosis. Para Arieti (1972), la base psicodinámica de la esquizofrenia es la larga dependencia que tiene el ser humano de los adultos debido a su prolongada infancia. Esta larga duración de la infancia implica un estado prolongado de inmadurez física, emocional y cognitiva.

Hay un amplio acuerdo entre los autores dinámicos, sobre la importancia de la dependencia en la esquizofrenia. Este tema es revisado por Jonhson (1991). Para este autor, las necesidades de dependencia del paciente esquizofrénico podrían expresarse como un t.p. dependiente en el periodo premórbido. Sería interesante estudiar si esas necesidades de dependencia aumentan tras el inicio de la enfermedad.

Hoog y col. (1990) también encuentran una proporción importante de t.p. dependiente premórbido en esquizofrénicos. Sugieren que el hecho de que el t.p. esquizotípico comparta rasgos con síntomas similares de la esquizofrenia y que, tras el inicio de la enfermedad se produce un incremento de la dependencia de los demás, podría suponer que la alta prevalencia de t.p. esquizotípico y dependiente sea el resultado del fracaso para distinguir los comportamientos pre y postmórbidos.

Además de los t.p. referidos, queremos hacer mención a otros dos, el t.p. límite y el t.p. antisocial, que han sido relacionados con la esquizofrenia o, al menos, con la psicosis. Nosotros no hemos encontrado proporciones de estos t.p. en la época premórbida de la esquizofrenia que resulten llamativos.

c) El **Trastorno de personalidad límite** se presentó solamente en el 2,5% de los casos. Las descripciones iniciales de los pacientes *borderline*, realizadas por Deutch, Frosch, Grinker, Hoch y Polantin, Knight, Zilborg, etc., proponían una clara relación de estos trastornos con la esquizofrenia. Arieti (1974) también describe la personalidad prepsicótica tormentosa, que es muy parecida al t.p. límite. De hecho, el concepto estaba originalmente basado en la creencia de que tales pacientes estaban en el límite con la psicosis. En la actualidad esta relación se refiere casi exclusivamente a los trastornos afectivos. La existencia de síntomas psicóticos entre los pacientes con t.p. límite no debería ser visto como una evidencia de su relación con la esquizofrenia. Con la diferenciación de los trastornos *borderline* por Spitzer (1979), en t.p. esquizotípico y t.p. límite, se vio que era el primero el que estaba claramente relacionado con la esquizofrenia.

Hay varios trabajos (McGlashan 1983, Zimmerman y Coryell 1989, Hoog y col. 1990 con el SIDP) que informan de una elevada proporción de t.p. límite premórbido, aunque no necesariamente relacionan el t.p. con la esquizofrenia. Este es un dato contradictorio con nuestros resultados. La explicación que encontramos es que estos trabajos utilizan unos criterios diagnósticos de esquizofrenia muy poco exigentes, por lo que se incluyen en ellos pacientes con cuadros psicóticos más leves que la esquizofrenia.

Son distintos los autores que no encuentran relación del t.p. límite y la esquizofrenia, pero sí con los trastornos afectivos. Entre ellos están Spitzer y col. (1979), Gunderson y col. (1983), McGlashan (1983), McGlashan (1984-b),

Torgensen (1984), Pope y col. (1985), Docherty y col. (1986), Fenton y McGlashan, (1989), Links y col. (1989), Fiester y col. (1990), Prasad y col. (1990), Meijer y Treffers (1991), Jackson y col. (1991), Stone (1993).

Kutcher y col. (1987) y Arranz y col. (1993) son de los pocos autores que sugieren en la actualidad un vínculo entre el t.p. límite y la esquizofrenia. Kutcher y col. (1987) consideran que el t.p. límite comparte con los pacientes esquizofrénicos y t.p. esquizotípicos una disfunción neurointegrativa común.

d) Nosotros no encontramos una frecuencia significativamente alta de **t.p. antisocial** ni de **trastorno de conducta en la infancia** entre las características premórbidas de nuestra muestra de esquizofrénicos (7,5% y 10% respectivamente). En la literatura hay distintos trabajos sobre la interacción del t.p. antisocial y la esquizofrenia. Algunos de ellos están revisados en el trabajo de Travin y Protter (1982). Los distintos autores apuntan a la posibilidad de que el t.p. antisocial y los trastornos de conducta en la infancia pueden representar una forma de expresar la ansiedad, enmascarando la desorganización esquizofrénica subyacente. Los rasgos antisociales serían una adaptación defensiva actuando como un tampón frente a la ansiedad que producen las relaciones íntimas en estos sujetos. Silverton (1988) también revisa distintos trabajos que incluyen las conductas antisociales como una manifestación premórbida de la esquizofrenia. El propio Silverton (1988) encuentra una asociación entre las conductas antisociales y los niños con alto riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia. Esta asociación, sin embargo, puede estar producida más que por una relación directa esquizofrenia-t.p. antisocial, por las características ambientales de separación, la ausencia parental y medioambientes empobrecidos, que también demuestra Silverton como elementos diferenciadores de los niños de alto y bajo riesgo con conductas antisociales.

Robins y Price (1991) encuentran una cierta asociación entre los trastornos de conducta en la infancia y la esquizofrenia, sin embargo, no demuestran una conexión causal directa entre ellos. Estos mismos autores también sugieren una clara relación de la esquizofrenia con la conducta antisocial de los adultos, medida con el criterio C del t.p. antisocial del DSM-III. Afirman que las personas con una historia de trastornos de conducta que posteriormente desarrollan una esquizofrenia u otros trastornos son más tendientes al abuso posterior de drogas, (quizá como un intento de autotratamiento) y una mayor tendencia a padecer adicción a las medicaciones prescritas. Wolff y Cull (1986) encuentran más trastornos de conducta en la infancia en niños que desarrollan esquizofrenia que en los controles. También hay autores que sugieren una asociación genética o al menos familiar entre el t.p. antisocial y la esquizofrenia (Silverton 1988 y McGuffin y Thapar 1992). Otros sin embargo, apuntan que cuando existe un vínculo entre esquizofrenia y t.p. antisocial es la consecuencia de un emparejamiento frecuentemente visto, de padres esquizofrénicos y antisociales, pero que la psicopatía (antisocial) no está asociada con una vulnerabilidad genética a la esquizofrenia (Berenbaum y Fujita, 1994).

En el futuro habría que plantearse, mediante nuevos estudios, qué significan los t.p. en relación con la esquizofrenia. Habría que demostrar si los t.p. del espectro son el reflejo directo de la predisposición genética a la esquizofrenia y si el resto de t.p. serían adaptaciones premórbidas a la emergencia de los síntomas psicóticos. Lo que parece claro es que la personalidad premórbida de los pacientes esquizofrénicos puede moldear la expresión de los síntomas producidos durante un episodio de enfermedad, a través de su capacidad para promover distintos mecanismos adaptativos (Jorgensen y Parnas 1990, Dalkin y col. 1994). Los t.p. también pueden tener influencias protectoras (Nestadt y col. 1992).

La esquizofrenia es, probablemente, un síndrome heterogéneo y esta heterogeneidad podría venir reflejada, entre otras cosas, por los diferentes patrones premórbidos.

2.4.- DIMENSIONALIDAD DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

En el estudio de la relación de los t.p. con la esquizofrenia y con el ajuste premórbido de ésta, la mejor forma quizá no sea ver el trastorno de personalidad como presente o ausente, sino como formas continuas que irían desde la normalidad hasta la forma más prototípica de cada t.p. Por eso utilizamos la forma dimensional de medirlos.

Cuando consideramos los t.p. de forma dimensional, es decir, en función del porcentaje de rasgos que presentan los pacientes, como en el caso del ajuste premórbido, vemos que se distribuyen ajustándose a una curva de Gauss. Por otro lado los pacientes esquizofrénicos recorren, en la mayoría de los t.p., toda la gama de rasgos, desde el 0% hasta el 100%.

En cuanto a porcentajes medios el t.p. evitativo fue el mayor (33%). A continuación se encuentra el porcentaje de rasgos dependientes (30%), seguido por los esquizoides y esquizotípicos (25%). Estos datos están claramente relacionados con los datos categoriales ya comentados.

La importancia de la aproximación dimensional a los t.p. ha sido expresada por Eysenck (1982) en sus distintas publicaciones. Como apuntan Frances (1980), Widiger y Frances (1985), Aluja (1987), Stone (1993) y Widiger y Costa (1994), los pacientes que cumplen los criterios de los t.p. representan el extremo más

severo de un amplio espectro de configuraciones de personalidad, incluidos los rasgos maladaptativos. Aunque como sugieren Widiger y Frances (1985) una forma de medir los t.p. es en función del número de criterios que cumplen, son pocos los autores que realizan esta forma de medida.

Al igual que en nuestro trabajo con esquizofrénicos, Ekselius y col. (1993), en una muestra de sujetos sanos y pacientes ambulatorios, demuestra que los t.p. del DSM-III-R presentan una distribución continua, sin que se pudiera demostrar una distribución bimodal en ninguno de ellos. Estos investigadores nos sugieren que los rasgos de personalidad medidos en el DSM-III-R son rasgos que aparecen en los individuos normales y se hacen más pronunciados en pacientes con trastornos psicopatológicos. También para Widiger y Costa (1994) los trastornos de personalidad del DSM-III-R probablemente representan variantes de los rasgos normales de personalidad.

3.- RELACIÓN AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA

Después de valorar el ajuste premórbido y la personalidad previa del esquizofrénico por separado, pasamos a ver cómo están relacionados entre sí una y otra característica. Cuando las correlacionamos estadísticamente, el **mal ajuste premórbido** en conjunto está relacionado fundamentalmente con un mayor grado de patología de la **personalidad esquizoide, esquizotípica y evitativa**. Con una correlación algo menos valiosa el **buen ajuste** está relacionado con una mayor proporción de **patología histriónica** de la personalidad. Cuando se valora el ajuste premórbido por subescalas, la relación se mantiene con los criterios de los t.p. esquizoide, esquizotípico y evitativo.

Por áreas, el peor ajuste premórbido social, sociosexual, laboral y en autonomía se corresponde de nuevo con las patologías de la personalidad esquizoide, esquizotípica y evitativa. El buen ajuste sociosexual tiene que ver con un alto grado de patología histriónica. Cuando hablamos del ajuste premórbido escolar las cosas cambian algo. El peor ajuste escolar está relacionado con un alto grado de patología esquizotípica y de trastornos de conducta en la infancia, y con un bajo grado de patología obsesivo-compulsiva.

Al comienzo del trabajo nos hacíamos una pregunta: ¿Es lo mismo medir ajuste premórbido que personalidad previa? A la luz de los resultados podemos afirmar que no. Aunque vistos como conjunto, los pacientes con algún trastorno de personalidad previo tienen peor ajuste premórbido que los que no tienen trastornos de personalidad, cuando estudiamos de forma dimensional la personalidad las cosas son algo diferentes. No todos los rasgos patológicos de todas las personalidades apuntan en la misma dirección de ajuste premórbido. Por ejemplo los t.p. esquizoide, esquizotípico y evitativo suponen un peor ajuste, pero el histriónico y el obsesivo-compulsivo suponen, aunque débilmente, un

mejor ajuste en algunas áreas. Además, los t.p. dependiente, autodestructivo, pasivo-agresivo, paranoide, narcisista límite y antisocial no mostraban ninguna relación con el ajuste premórbido.

Lo que sí parece es que el **ajuste premórbido** está muy bien determinado por las **patologías de la personalidad que más dificultades en la interacción social tienen**. Así, hemos visto que el ajuste premórbido total puede ser explicado hasta en un **77%** con los datos de los rasgos de las personalidades esquizoide y esquizotípica. Por ello podemos decir que aunque no miden exactamente lo mismo, el grado con que se presentan los t.p. esquizoide y/o esquizotípico en un esquizofrénico nos va a dar una buena idea de cual es su ajuste premórbido. Y viceversa, el ajuste premórbido es una escala bastante útil para medir el grado de patología evitativa, esquizoide y esquizotípica que presentan los pacientes esquizofrénicos.

Cuando analizamos los resultados de la regresión múltiple nos encontramos con que el ajuste premórbido, en menor o mayor medida (desde un 30% hasta un 77%), viene determinado significativamente, casi siempre, por los rasgos de las personalidades esquizoide y esquizotípica. El ajuste premórbido total se explica muy bien con estas personalidades (77% de la varianza). El ajuste premórbido en las distintas etapas de desarrollo también está bien determinado por estas personalidades, excepto en la época infantil (infantil 30%, adolescencia temprana 68%, adolescencia tardía 63% y adulto 66%). Por áreas, la social y la sociosexual son las que mejor se predicen con los t.p. esquizoide y evitativo (hasta un 72% de la varianza en los dos casos). El ajuste premórbido laboral, el escolar y la autonomía premórbida sólo se explican con los datos de la personalidad en el 39%, 44% y 44%, respectivamente.

3.1.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y RASGOS DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDES, ESQUIZOTÍPICOS Y EVITATIVOS.

No es de extrañar que aparezca una gran relación entre el mal ajuste premórbido y los rasgos esquizotípicos, esquizoide y evitativos a la vez. Son, precisamente, las características comunes a los tres trastornos, es decir, las dificultades de relación interpersonal y la asociabilidad crónica las que determinan el mal ajuste premórbido. Cannon-Spoor y col. (1982) afirman que el aislamiento social es uno de los signos de corte claro de un mal ajuste premórbido, sobre todo si están presentes en la adolescencia tardía. También consideran vitales la capacidad de establecer vínculos sexuales y la capacidad de funcionar independientemente de forma adecuada. Estas capacidades son las que más alteradas tienen los pacientes con personalidades evitativas, esquizoide y esquizotípicas.

Nuestros datos están avalados por distintos autores: En distintos trabajos revisados por Zubin y col. (1983), encontramos que los pacientes esquizofrénicos con personalidad premórbida esquizoide tienen peor ajuste premórbido que los que no la tienen. Jonsson y Nyman (1984) consideran que el buen ajuste premórbido usualmente implica una personalidad no esquizoide. McGlashan (1986) demuestra un ajuste premórbido significativamente peor en los esquizofrénicos con t.p. esquizotípico premórbido asociado, que en los que carecen de este t.p. Además, Fenton y McGlashan (1989) encuentran que el aislamiento social y el mal ajuste premórbido laboral, cuando están asociados con el t.p. esquizotípico, son fuertes predictores del desarrollo posterior de esquizofrenia.

Seguí y col. (1986) ponen en relación el mal ajuste premórbido con los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico previos. Estos autores

afirman que la red social es un sistema de apoyo que favorece un mejor ajuste premórbido, protegiendo contra la enfermedad y amortiguando el efecto de los estresores. Si el individuo tiene un t.p. en el que el rasgo más llamativo es su aislamiento social, esto favorecería un mal ajuste premórbido y, por tanto, una mayor vulnerabilidad.

Foerster y col. (1991), utilizando una metodología muy parecida a la de nuestro trabajo, demuestran una clara correlación entre mal ajuste premórbido y los t.p. previos esquizoide y esquizotípico en pacientes esquizofrénicos.

Dalkin y col. (1994), al estudiar el ajuste premórbido, encuentran que éste es claramente peor en los pacientes esquizofrénicos con rasgos esquizoides de personalidad.

Los pacientes con t.p. esquizotípico, incluso sin esquizofrenia, ya muestran una considerable dificultad en sus relaciones sociales y en su actividad laboral. La mayoría son individuos solitarios que no alcanzan a tener una pareja sexual (Stone, 1993). Es más, el mal funcionamiento de los pacientes esquizotípicos, según este mismo autor, se incrementa cuando se asocian con el t.p. paranoide. Este último es un dato que no hemos podido demostrar.

Krestchmer (1925) enfatizaba las malas relaciones sociales, la tendencia al aislamiento y las excentricidades en los pacientes que él denominaba esquizoides. Wolff y Chick (1980) demuestran un déficit de las relaciones sociales interpersonales en los sujetos esquizoides. Aunque su ajuste puede ser bueno en otras áreas, las deficiencias en las relaciones humanas íntimas son tan importantes que tiñen todo el cuadro y en muchos casos suponen una fuente de estrés importante. Cull y col. (1984) también hacen sugerencias de la relación entre mal ajuste y personalidad esquizoide.

Una de las características básicas de los trastornos esquizoides de la infancia descritos por Wolff (1991-a) es el fracaso social, sociosexual y educacional, es decir, un mal ajuste psicosocial. Estos niños, durante su época adulta desarrollan, en una importante proporción, psicosis esquizofrénicas. Al igual que hemos encontrado en nuestro trabajo, Wolff (1991-a) sugiere que el comienzo de las incapacidades sociales no es temprano en la infancia precoz, sino en épocas más tardías cuando normalmente comienzan a manifestarse las habilidades sociales. En definitiva Wolff y col. (1991) y Wolff (1991-b) informan de un peor ajuste psicosocial en pacientes esquizoides y esquizotípicos en las áreas sociosexual, laboral y escolar. Wolff (1991-b) indica que los niños con personalidades esquizoides pueden ser socialmente aislados y poco comunicativos, pero por el contrario también pueden ser social y verbalmente extrovertidos aunque de una forma inapropiada. Según esta autora, las dificultades sociales de los niños esquizoides no son secundarias, sino que constituyen una parte fundamental del trastorno.

Trull y col. (1987) encuentran igual que nosotros, que aun existiendo una alta correlación entre el aislamiento social y los t.p. evitativo y esquizoide, la correlación es mucho más fuerte en este último. Fulton y Winokur (1993), haciendo una comparación de pacientes con t.p. esquizoide y paranoide, encuentran que el peor ajuste psicosocial se corresponde con el esquizoide.

Para Kendler y col. (1982), los familiares de esquizofrénicos con un marcado mal ajuste premórbido tendrían un riesgo elevado de desarrollar esquizofrenia o trastornos de personalidad del espectro genéticamente relacionados con la esquizofrenia. Sin embargo, en aquellos sujetos controles, familiares de sujetos que no tienen esquizofrenia, aunque tengan mal ajuste premórbido social no desarrollan ningún trastorno de personalidad del espectro.

Parnas y col. (1982) demuestran que distintos signos premórbidos (aislamiento, mal contacto afectivo y dificultades en las relaciones interpersonales) eran discriminatorios de sujetos de alto riesgo para la esquizofrenia que, posteriormente, eran diagnosticados como trastornos de personalidad del espectro, o incluso como esquizofrénicos. Los sujetos de alto riesgo que desarrollan trastornos del espectro de la esquizofrenia presentan un peor funcionamiento psicosocial y cognitivo, que los sujetos de alto riesgo que no desarrollan ninguna enfermedad mental.

3.2.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

3.2.1.- Ajuste premórbido y personalidad paranoide

Dado que los rasgos esquizoides y esquizotípicos están correlacionados con el mal ajuste premórbido de una forma tan importante, resulta llamativo que los rasgos paranoides, también representantes del espectro de la esquizofrenia, no lo estén. Partiendo de la base que el hecho de que no lo hayamos demostrado no significa que no exista, tampoco es de extrañar que realmente esta correlación rasgos paranoides-mal ajuste premórbido no ocurra. Los paranoides son personas desconfiadas y rígidas pero que no tienden al aislamiento. Probablemente sus dificultades en las relaciones interpersonales no están tan alteradas como en los trastornos esquizoide, esquizotípico y evitativo y sólo surgen cuando tocan su núcleo de recelo y sospecha. En las relaciones superficiales se manejan relativamente bien, consiguiendo un funcionamiento psicosocial no especialmente malo.

3.2.2.- Ajuste premórbido y personalidad obsesivo-compulsiva

El valor de los rasgos obsesivo-c. de personalidad está fundamentalmente en su capacidad de autodisciplina, en su disposición hacia el trabajo y en la capacidad para estructurar su tiempo de ocio (Stone, 1993). Por este motivo no es de extrañar que encontremos asociados los rasgos obsesivo-compulsivos con un buen ajuste escolar.

3.2.3.- Ajuste premórbido y personalidades del grupo B

Los trastornos de personalidad del grupo B, los dramáticos, se caracterizan por una búsqueda de las relaciones sociales e interpersonales. Esta característica persiste aunque estén asociados con la esquizofrenia e incluso con el t.p. esquizotípico (McGlashan, 1986) y, de hecho, contribuyen a un mejor resultado social en los pacientes esquizofrénicos. Por ejemplo, Ronningstam y Gunderson, (1990) informan que los pacientes narcisistas tienden a funcionar psicosocialmente de una forma bastante adaptada.

En estos tipos de t.p., aunque la búsqueda de relaciones sea aberrante, ésta está presente. Aun así, constituye una ventaja sobre la esquizofrenia y los t.p. del espectro de la esquizofrenia, en los que la búsqueda de relaciones está prácticamente ausente. Esta puede ser la explicación por la que hemos encontrado una cierta relación entre el t.p. histriónico y el buen ajuste premórbido.

El haber encontrado un mal ajuste escolar en los pacientes con trastornos de conducta en la infancia puede estar relacionado con su vinculación al trastorno por déficit de atención con el que tan frecuentemente se asocian. Roff y Knight (1980), en una muestra de esquizofrénicos, y coincidiendo con nosotros,

encuentran una correlación significativa entre el mal ajuste escolar premórbido y las características esquizoides y de agresividad también previas.

Jorgensen y Parnas (1990) encuentran datos de correlación entre el ajuste premórbido y los t.p. previos bastante diferentes a los nuestros. En su trabajo encontraron que el mal ajuste premórbido estaba asociado con la presencia de rasgos de personalidad previa histriónicos y antisociales. El t.p. obsesivo se relacionaba con buen ajuste premórbido y los t.p. evitativo y esquizoide no tenían relación alguna con el ajuste premórbido. Estas diferencias probablemente tengan que ver con la metodología que utilizaron. Por un lado, no definen los t.p. con criterios DSM-III-R ni ninguna otra clasificación, sino con una lista de adjetivos. El ajuste premórbido tampoco se mide con una escala específicamente diseñada a tal efecto como, la que nosotros hemos usado, sino que utilizan una miniescala sin validar de tres puntos. Además, el trabajo está llevado a cabo a través de las historias clínicas y no de entrevistas psiquiátricas directas con pacientes y sus familiares.

3.3.- AJUSTE PREMÓRBIDO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD FUERA DE LA ESQUIZOFRENIA.

La asociación ajuste psicosocial y trastorno de personalidad, ¿es específica de los pacientes con esquizofrenia? Debido a que los trastornos de personalidad se manifiestan a menudo como problemas interpersonales, no es sorprendente descubrir que los sujetos que los padecen presentan más alteraciones del ajuste premórbido que los pacientes que no tienen t.p., independientemente de que tengan o no un trastorno del eje I asociado.

Según la opinión de distintos autores, parece que el hecho de padecer un

trastorno de personalidad hace que el funcionamiento psicosocial sea peor. Zigler y col. (1979) demuestran que el ajuste premórbido puede ser tan malo en pacientes esquizofrénicos como en pacientes con trastorno de personalidad.

Los individuos con trastornos de personalidad sin otras patologías asociadas muestran tener un funcionamiento general (social, sociosexual, escolar y laboral) claramente peor que los sujetos sin tales t.p. Esto es demostrado por distintos autores en diversas muestras comunitarias (Drake y Vaillant 1985, Casey y Tyrer 1986, 1990, Mulder 1991, Bernstein y col. 1993, Samuels y col. 1994). Según Casey y Tyrer (1986) y Tyrer y Ferguson (1987), uno de los elementos fundamentales de la definición de los t.p. es el mal ajuste social resultante de los mismos. Por tanto para ellos no es sorprendente que los pacientes con t.p. tengan un funcionamiento psicosocial peor. Según Merykangas y Weissman (1986) hay un acuerdo general de que los t.p. tienen un curso crónico caracterizado por un trastorno persistente en el funcionamiento social y con un incremento del riesgo para desarrollar trastornos del eje I.

En los pacientes con trastornos afectivos, los individuos que peor ajuste premórbido tienen son aquéllos que poseen un t.p. límite previo (Fiester y col. 1990). Torgensen (1984) encuentra que un grupo de pacientes con trastorno de personalidad, en su mayoría esquizotípico, mostraba tener un ajuste laboral y social peor que un grupo control con varios diagnósticos como trastornos afectivos y de ansiedad. En trastornos obsesivo-compulsivos la existencia de un t.p. también se relaciona con un peor ajuste psicosocial (Steketee, 1990).

Sin embargo, para Kendler y col. (1982) la relación ajuste premórbido-t.p. del espectro es específica para los sujetos esquizofrénicos, pero no para otros individuos. Así, informan que los familiares biológicos de sujetos con esquizofrenia crónica y un claro mal ajuste premórbido tenían un riesgo significativamente alto

de desarrollar una esquizofrenia o un t.p. del espectro de la esquizofrenia en la época adulta. Esto no sucedía con los familiares biológicos de controles con marcado aislamiento social infantil.

3.4.- SIGNIFICADO DE LA RELACIÓN AJUSTE PREMÓRBIDO Y PERSONALIDAD PREVIA EN LA ESQUIZOFRENIA

¿Qué conclusiones se pueden sacar de estos resultados? Con nuestros resultados podemos afirmar:

a) que **no todos los pacientes esquizofrénicos tienen un mal ajuste premórbido**, sino que tienen todas las posibilidades del rango, desde el bueno hasta el malo. Esto, probablemente, nos indicaría o la heterogeneidad del síndrome o que el mal ajuste no es una característica directamente dependiente de la esquizofrenia, sino de otras características que se pueden presentar en los esquizofrénicos;

b) que pueden presentar **distintos trastornos de personalidad premórbida y rasgos de distintas personalidades en distintos grados**, no solamente del espectro.

c) que **el mal ajuste premórbido**, aunque en general se ha vinculado con la existencia de trastornos de personalidad, sea el que sea, en la esquizofrenia está **relacionado** precisamente con uno de los grupos de t.p. que se presentan previamente al inicio de la esquizofrenia. Son justamente **aquellos t.p. que están más relacionados genéticamente con la esquizofrenia**, los que dan un peor ajuste premórbido. Parece que es la existencia previa de los t.p. esquizoídes, esquizotípicos y evitativos la que influye determinadamente en la medida de ajuste premórbido, más que la propia esquizofrenia.

El mal ajuste premórbido es el resultado de una patología de la personalidad que ya se presenta mucho antes del desarrollo de la esquizofrenia. Todo esto nos sugiere la posibilidad de que el mal ajuste premórbido en la esquizofrenia lo que está expresando es la vulnerabilidad a la esquizofrenia, principalmente la genética, de aquellos sujetos más predispuestos, los que presentan las alteraciones de personalidad del espectro.

Distintos trabajos indican que los t.p. del espectro y el mal ajuste premórbido asociado a ellos representan no sólo una vulnerabilidad inespecífica para la esquizofrenia, sino también una manifestación temprana genéticamente determinada del trastorno (Kendler y col. 1982, Fenton y McGlashan 1989, Hartmann y col. 1984, Battaglia y col. 1991).

Nuestros resultados son acordes con Lewine y col. (1978), que apuntan que los esquizofrénicos como grupo manifiestan trastornos conductuales mucho antes del comienzo de la psicosis abierta. Y sugieren que las diferencias en el ajuste premórbido de los distintos esquizofrénicos podrían ser la consecuencia de diferentes tipos de personalidad, caracterizados por distintos niveles de competencia social. Kay y col. (1976) postulan que las alteraciones de la personalidad que encuentran en sus pacientes con parafrenia tardía podrían haber sido las responsables de muchas de las otras características prepsicóticas de los pacientes, tales como el funcionamiento psicosocial aislado.

Los t.p. relacionados con la esquizofrenia y el mal ajuste premórbido se pueden considerar indicadores estables de vulnerabilidad en el sentido que definen Nuchterlein y col. (1992). Son características individuales que no se presentan en individuos normales, muestran una influencia genética sustancial y ocurren en una proporción elevada en poblaciones de alto riesgo para la esquizofrenia.

Fenton y McGlashan (1989) en los pacientes con t.p. de la muestra de su estudio del Chestnut Lodge encuentran distintos elementos que son marcadores de vulnerabilidad para el desarrollo de una futura esquizofrenia. Entre ellos están, precisamente, las características de los t.p. del espectro, la disfunción social-interpersonal y el aislamiento social. Estas características, además de ser indicadores de vulnerabilidad, pueden, según Fenton y McGlashan (1989), jugar un papel importante en el desarrollo patológico de la psicosis. Los individuos que manifiestan una tendencia hacia el aislamiento social y a las distorsiones cognitivas podrían virar en la dirección de la psicosis. Esto sucedería cuando esas tendencias cognitivas permanecieran constantemente sin corregir por los mecanismos de feedback interpersonal, al persistir periodos prolongados de aislamiento social. El individuo se distancia y se aísla de los demás y de su mundo transformado su aislamiento en un mundo de fantasía. Su mundo real se contrae y empobrece. La comprobación de la realidad se hace cada vez más tenue y transforma la fantasía en delirio.

La disfunción interpersonal que ocurre mucho antes de los síntomas psicóticos abiertos de la esquizofrenia parece que es, en parte, mediada genéticamente. Esto nos sugiere que el déficit en el funcionamiento interpersonal sería central en la psicopatología de la esquizofrenia. El aislamiento social puede representar la estrategia de afrontamiento a las dificultades en el procesamiento de la información de los pacientes del espectro de la esquizofrenia. Sus características de personalidad son armaduras que les protegen de contactos con el mundo, un mundo que perciben como amenazante (Arieti, 1972). Estos individuos se meten en una espiral sin fin, son sujetos que tienen una tendencia a las distorsiones cognitivo/perceptuales. Esta tendencia se va a ver amplificada como consecuencia del aislamiento social que se había utilizado para defenderse. Así, los sujetos pierden la capacidad de comprobación de la realidad con un riesgo mucho mayor de entrar en el episodio psicótico abierto. Es justo esta

estrategia de afrontamiento (el aislamiento y distanciamiento social) a la que parece más sensible la escala de ajuste premórbido que hemos utilizado.

Aun en el caso de que los t.p. relacionados genéticamente con la esquizofrenia que manifiestan un mal ajuste premórbido, sean elementos de vulnerabilidad genética, no se puede esperar que todos los individuos que tienen el genotipo desarrollen el fenotipo completo ya que la penetrancia del gen o los genes nunca es completa. De acuerdo con los cálculos de Zubin y col. (1983), sólo el 26% de los genotipos esquizofrénicos se transforman en fenotipos esquizofrénicos. En este sentido, y también según estos autores, otros tipos de personalidad puede actuar como variables moderadoras que intervienen para prevenir el desarrollo fenotípico.

La personalidad de los familiares, sin duda, también ejerce un papel moderador en el desarrollo de la esquizofrenia. Si, como hemos visto, estos t.p. están vinculados familiarmente, la posibilidad de encontrar estas personalidades en familiares también es mayor. Esto puede favorecer el comienzo y las recaídas de la enfermedad, pues se ha demostrado que los familiares con pocos contactos sociales y una historia personal de psicopatología tienen altas tasas de emoción expresada (Miklowitz, 1994)

La existencia de una frecuencia elevada de t.p. premórbidos evitativos, esquizoides y esquizotípicos de forma asociada, por un lado, y de t.p. paranoide y dependiente, de forma independiente, por otro, entre los pacientes esquizofrénicos, junto con una relación de los primeros con el mal ajuste premórbido y una falta de relación de los segundos con el ajuste, nos lleva a pensar en la división de la esquizofrenia en dos formas, extremos de un continuo que podría coincidir con la división de Meehl (1990) ya comentada. Este autor sugiere que la esquizofrenia esquizoatáxica o verdadera, que se manifestaría con

rasgos de personalidad del espectro constituye la mayoría de los casos (75-90%), mientras que la otra forma, las genofenocopias de la esquizofrenia, serían el 10-25%. Sin embargo, reconoce que generalmente se producen mezclas de una forma y otra, por lo que la heterogeneidad es la norma.

La división de la esquizofrenia esquizoatáxica y no esquizoatáxica, Meehl la pone en relación con las formas procesuales y reactivas (mal y buen ajuste premórbido). Estos datos coinciden con la concepción clásica de la esquizofrenia procesual y reactiva. En esta última el comienzo de la psicosis estaría más influido por estresantes externos y tendrían menos patología de la personalidad. En la forma procesual tendrían más importancia las características patológicas internas, que se podrían manifestar como trastornos de personalidad previos.

Apoyando esta hipótesis están los trabajos de distintos autores que encuentran alteraciones orgánicas demostrables en aquellos pacientes esquizofrénicos con alteraciones del ajuste premórbido y trastornos de personalidad del grupo esquizoide, pero no en los esquizofrénicos sin estas alteraciones (Quitkin y col. 1976, Weinberger y col. 1980, Williams y col. 1985). Los individuos predispuestos genéticamente tendrían trastornos de personalidad o más rasgos del espectro, más alteraciones del ajuste premórbido psicosocial y a su vez podrían tener una serie de lesiones cerebrales. Los pacientes sin trastorno de personalidad o con otros trastornos de personalidad que no tienen supuestamente relación genética con la esquizofrenia, no funcionarían mal premórbidamente, ni tendrían lesiones cerebrales asociadas. Teniendo en cuenta esto, nuestros resultados también encajarían con la hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia. Marcus y col. (1993) consideran las alteraciones neuroconductuales premórbidas en la esquizofrenia como indicadores de las anomalías cerebrales que subyacen a la vulnerabilidad a la esquizofrenia. Estas anomalías se presentarían clínicamente antes del desarrollo de la

psicosis como trastornos de personalidad.

Por último comentar dos cuestiones: Si las alteraciones del ajuste premórbido no son dependientes de la esquizofrenia sino de otros factores como la personalidad previa, ¿por qué en los distintos trabajos se demuestra un peor ajuste premórbido en conjunto en los pacientes esquizofrénicos que en otro tipo de pacientes? La respuesta probablemente sea que en los esquizofrénicos se encuentran, más frecuentemente que en otros trastornos, rasgos previos de personalidad esquizoide y esquizotípica (que son los que más dificultades en la interacción social tienen por su introversión).

En segundo lugar podríamos planteamos que el mal ajuste premórbido de los pacientes esquizofrénicos que está relacionado claramente con la personalidades evitativa, esquizoide y esquizotípica, pudiera ser también premórbido a estas personalidades. Parece que no es posible por nuestros datos: La relación entre ajuste y personalidad no sólo se presenta en la época adulta cuando se diagnostica el t.p. sino que ya se manifiesta desde la época infantil. El trastorno o los rasgos de personalidad no florecen de forma repentina y se transforman en un estado nuevo en la época adulta, sino que son características que emergen insidiosamente y de las que hay antecedentes en los sujetos desde muy temprano en la vida. Como apunta Wolff (1980), las categorías de la personalidad rara vez son usadas para describir a los niños. Sin embargo, casi todos los autores que han estudiado la personalidad esquizoide en la vida adulta han subrayado su comienzo temprano y sus características persistentes en el tiempo. Drake y Vaillant (1985) afirman que los t.p., aunque no se diagnostiquen hasta épocas más tardías, ya se manifiestan con dificultades adaptativas desde tiempo atrás. Por tanto podemos considerar que lo que consideramos alteraciones de ajuste premórbido es la manifestación de esa personalidad alterada que no se diagnostica hasta la época adulta.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1) El ajuste premórbido en el trastorno esquizofrénico debe ser entendido de modo dimensional, existiendo al respecto una importante variabilidad que va desde el buen al mal ajuste premórbido.

2) El 85% de los pacientes esquizofrénicos de la muestra estudiada presentaba algún trastorno de personalidad previo al inicio de la enfermedad. Los más frecuentemente encontrados son los trastornos de personalidad del espectro de la esquizofrenia (esquizoide 27,5%, esquizotípico 12,5% y paranoide 20%) y los trastornos de personalidad evitativa (32,5%) y dependiente (20%).

3) Los trastornos de personalidad de los pacientes esquizofrénicos de nuestro estudio se presentan en la mayoría de los casos asociados entre sí. A mayor precisión, resulta que el 47,5% de nuestros casos de esquizofrenia pudieron ser, además, diagnosticados de dos tipos de trastornos de personalidad (32,5%) o más de dos (15%), frente a un 37,5% que lo fueron sólo de uno.

4) Entre los trastornos de personalidad que se presentan en el período premórbido de la esquizofrenia de nuestra casuística el esquizoide, el esquizotípico y el evitativo aparecen asociados de forma significativa entre sí. El paranoide y el dependiente se manifiestan principalmente aislados, sin otras asociaciones.

5) Como era de esperar, los pacientes esquizofrénicos que presentan trastornos de personalidad premórbidos de los grupos A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) y C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo) tienen un ajuste premórbido significativamente peor que los que no presentan trastornos de personalidad. No obstante, no pudimos demostrar diferencias en el ajuste premórbido en los esquizofrénicos con trastornos de personalidad del grupo B (Antisocial, límite, histriónico y narcisista) en relación a los que no tienen trastornos de personalidad.

6) La medida de ajuste premórbido total en la esquizofrenia está significativamente correlacionada con la proporción de criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad esquizoide, esquizotípico, evitativo e histriónico que cumple el paciente antes del inicio de su enfermedad.

7) La existencia de rasgos anormales de distintos tipos de personalidad supone en algunos casos un peor ajuste premórbido (rasgos anormales de los tipos esquizoides, esquizotípicos y evitativos); en otros, un mejor ajuste (rasgos anormales de los tipos histriónicos y obsesivo-compulsivos).

8) Cuanto mayor es el porcentaje de rasgos de los tipos de personalidad esquizoide, esquizotípico y evitativo, que cumple un paciente esquizofrénico antes del inicio de su enfermedad, peor es el ajuste premórbido en todas las subescalas (infancia, adolescencia temprana y tardía, adulto y general) y todas las áreas (social, escolar, sociosexual, laboral y de autonomía).

9) Cuantos más criterios diagnósticos de la serie histriónica cumple un paciente esquizofrénico en su época premórbida mejor es la medida de ajuste premórbido en el área sociosexual.

10) Cuantos más criterios diagnósticos de la serie obsesivo-compulsiva cumple un paciente esquizofrénico antes del comienzo de la enfermedad mejor es su ajuste escolar premórbido.

11) Cuantos más criterios diagnósticos del trastorno de conducta (antisocial) en la infancia cumple un paciente esquizofrénico en su período premórbido peor es su ajuste premórbido escolar.

12) El mal ajuste premórbido en la esquizofrenia se puede entender como el resultado de una patología de la personalidad que se presenta mucho antes del comienzo de la enfermedad psicótica. La varianza del ajuste premórbido total se explica hasta en un 77% mediante los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad previos esquizoide y esquizotípico fundamentalmente.

BIBLIOGRAFÍA

ADDINGTON, J., ADDINGTON, D. (1993)
"Premorbid Functioning, Cognitive Functioning, Symptoms and Outcome in Schizophrenia."
Journal Psychiatr. Neurosci. 18,1: 18-23.

ALEXANDER, F.G., SELESNICK, S.T., (1970)
Historia de la Psiquiatría: Una Evaluación del Pensamiento Psiquiátrico desde los Tiempos Prehistóricos hasta nuestros Días.
Espaxs ed. Barcelona.

ALNAES, R., TORGERSEN, S. (1988)
"The Relationship Between DSM-III Symptom Disorder (Axis I) And Personality Disorders (Axis II) in an Outpatient Population"
Acta Psychiatrica Scandinavica 78: 485-492.

ALONSO-FERNANDEZ F. (1979)
"Las Personalidades Psicopáticas"
EN: Alonso Fernández.
Fundamentos de la Psiquiatría Actual.
Ed. Paz Montalbo. Madrid. Tomo II: 73-105.

ALUJA FABREGAT, A. (1987)
"Los Trastornos de Personalidad en el DSM-III: Críticas y Sugerencias"
Psiquis VIII: 318-328.

ALVAREZ E. (1984)
"Indicadores Pronósticos Clínicos en la Esquizofrenia"
Phronesis 5,6: 355-358.

ALVAREZ E, GARCIA RIBERA C, TORRENS M, UDINA C, GUILLAMAT R, CASAS M. (1987)
"Premorbid Adjustment Scale As a Prognostic Predictor For Schizophrenia"
British Journal of Psychiatry 150: 411.

AMBELAS, A. (1992)
"Preschizophrenics: Adding to the Evidence, Sharpening the Focus"
British Journal of Psychiatry 160: 401-404.

ANGST, J. (1988)
"European Long-Term Follow-up Studies of Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 14: 501-513.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION -APA- (1987)
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R.
3ª Ed. Revisada., Masson Ed. Barcelona. (1ª Ed. española 1988).

APPELO, M.T., WOONINGS, F.M.J., NIEVWENHUIZEN, C.J., EMMELICAMP, P.M.G., SLOOFF, C.J., LOUWERENS, J.W. (1992)
"Specific Skills and Social Competence in Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandinavica 85: 419-422.

ARIETI, S. (1974)
Interpretacion of Schizophrenia
Basic Books Edit, Nueva York, 2 Ed. 1974.

ARNDT, S., TYRRELL, G., FLAUM M., ANDREASEN, N.C. (1992)
"Comorbidity Of Substance Abuse And Schizophrenia: The Role of Premorbid Adjustment"
Psychological Medicine 22: 379-388.

ARNTZ, A., VAN BETISTERUELDT, B., HOEKSTRA, R., HOFMAN, A., EUSSEN, M., SALLAERTS, S. (1992)
"The Interrater Reliability of a Dutch Version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders"
Acta Psychiatrica Scandinavica 1992, 85: 394-400.

ARRANZ MUÑECAS T., BELLIDO TORREJON J., BOSQUE GABARRE C., GALVE FERNANDEZ L., NAVARRO HURTADO M.E. (1993)
"Comorbilidad en los Trastornos de Personalidad"
Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría.
21,2: 33-38.

ASTRUP, C. NOREIK, K. (1966)
Functional Psychoses. Diagnostic and Prognostic Models
Springfielr, Ill, Charles, C. Thomas Ed. 1966.

BARON, M., GRUEN, R., ASNIS, L., KANE, J. (1983)
"Age of Onset in Schizophrenia and Schizotypal Disorders. Clinical and Genetic Implications"
Neuropsychobiology 10,4: 199-204.

BARON M, GRUEN R, ASNIS L, KANE J. (1983-b)
"Familial Relatedness Of Schizophrenia and Schizotypal States"
American Journal of Psychiatry 140: 1437-1442.

BARON M. RISCH N. (1987)
"The Spectrum Concept Of Schizophrenia: Evidence For a Genetic-Environmental Continuum"
Journal of Psychiatric Research 21:257-267.

BATTAGLIA M., GASPERINI M., SCIUTO G., SCHERILIO P., DIAFERINA F., BELLODI L. (1991)

"Psychiatric Disorders in the Families of Schizotypal Subjects"

Schizophrenia Bulletin 17: 659-668.

BECKER W.C. (1959)

"The Process-Reactive Distinction: A Key to the Problem of Schizophrenia"

Journal of Nervous and Mental Disease 129: 442-449.

BELL R.C., JACKSON H.J. (1992)

"The Structure of Personality Disorders in DSM-III"

Acta Psychiatrica Scandinavica 1992, 85: 279-287.

BERENBAUM H, FUJITA F. (1994)

"Schizophrenia and Personality: Exploring the Boundaries and Connections between Vulnerability and Outcome"

Journal of Abnormal Psychology 103,1: 148-158.

BERENBAUM M, Mc GREW J. (1993)

"Familial Resemblance of Schizotypic Traits"

Psychological Medicine 23: 327-333.

BERLYNE D.E. (1968)

"Behavior Theory as Personality Theory"

EN: Borgata E.F., Lambert W.W.

Handbook of Personality Theory and Research

Rand McNally & Company, Chicago 628-690.

BERNSTEIN D.P., COHEN P., VELEZ N., SCHWAB-STONE M., SIEVER L.J., SHINSATO L. (1993)

"Prevalence and Stability of the DSM-III-R Personality Disorders in a Community-Based Survey of Adolescents"

American Journal of Psychiatry 150: 1237-1243.

BLACK D.W., YATES W.R., ANDREASEN N.C. (1988)

"Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme y Trastornos Delirantes (Paranoides)"

EN: Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C.

Tratado de Psiquiatría (APA)

Ed. Ancora, Barcelona (Ed. española 1989).

BLEULER E. (1924)

Tratado de Psiquiatría

(Traducido de la última edición alemana por Villaverde J.M.) Talleres Poligráficos, Madrid.

- BREIER, A., SCHREIBER, J.L., DYER, J., PICKAR, D. (1991)
 "NIMH Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: Prognosis and Predictors of Outcome"
Archives of General Psychiatry 1991, 48: 239-246.
- BREIER, A., SCHREIBER, J.L., DYER, J., PICKAR, D. (1992)
 "Course of Illness and Predictors of Outcome in Chronic Schizophrenia: Implications for Pathophysiology"
British Journal of Psychiatry 161 suppl. 18: 38-43.
- BRENT, D.A. ZELENAK, J.P. BUKSTEN, O. (1990)
 "Reliability and Validity of the Structured Interview for Personality Disorders in Adolescents"
J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 349-354.
- BROMET E, HARROW M, KARL S. (1974)
 "Premorbid Functioning and Outcome in Schizophrenics and Nonschizophrenics"
Archives of General Psychiatry 30: 203-207.
- BURKE J.D., REGIER D.A. (1988)
 "Epidemiología de los Trastornos Mentales"
 EN: Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C.
Tratado de Psiquiatría (APA)
 Ed. Ancora, Barcelona (Ed. española 1989).
- BURNHAM. J. C. (1968)
 "Historical Background for the Study of Personality"
 EN BORGATTA E.F., LAMBERT N.W.
Handbook of Personality Theory and Research
 Rand McNally y Company, Chicago. 1-81.
- CANNON-SPOOR E., POTKIN S.G., WYATT R.J. (1982)
 "Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 8: 470-484.
- CARONE B.J., HARROW M., WESTERMEYER J.F. (1991)
 "Posthospital Course and Outcome in Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 1991, 48: 247-253.
- CARPENTER, W.T., HEINRICHS, D.W., WAGMAN, A.M.I. (1988)
 "Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: the Concept"
American Journal of Psychiatry 145: 578-583.

- CARPENTER W.T., STRAUSS J.S. (1991)
 "The Prediction of Outcome in Schizophrenia IV: Eleven-Year Follow-up of the Washington IPSS Cohort"
Journal of Nervous and Mental Disease 179: 517-525.
- CASEY P.R., TYRER P. (1986)
 "Personality, Functioning and Symptomatology"
Journal of Psychiatry Research 20: 363-374.
- CASEY P.R., TYRER P. (1990)
 "Personality Disorder and Psychiatric Illness in General Practice"
British Journal of Psychiatry 156: 261-265.
- CASTLE D.J., WESSELY S., MURRAY R.M., (1993)
 "Sex and Schizophrenia: Effects of Diagnostic Stringency, and Associations with Premorbid Variables"
British Journal of Psychiatry 162: 658-664.
- CHAPMAN L.J., DAY D., BURSTEIN A., (1961)
 "The Process-Reactive Distinction and Prognosis in Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 133: 383-391.
- CHILDERS, S.E., HARDING, C.M. (1990)
 "Gender, Premorbid Social Functioning, and Long-Term Outcome in DSM-III Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 16,2: 309-318.
- CLARIDGE, G. (1987)
 "The Schizophrenia as Nervous Types Revisited"
British Journal of Psychiatry 151: 735-743.
- CLARIDGE, G. (1994)
 "Single Indicator of Risk for Schizophrenia: Probable Fact or Likely Myth?"
Schizophrenia Bulletin 20,1: 151-168.
- CLARKE D.J., LITTLEJOHNS C.S., CORBETT J.A., JOSEPH S. (1989)
 "Pervasive Developmental Disorders and Psychoses in Adult Life"
British Journal of Psychiatry 155: 692-699.
- COLODRON A. (1990)
Las Esquizofrenias, Síndrome de Kraepelin-Bleuler
 Ed. Siglo XXI de España, 2ª Ed. Madrid.
- CORNBALATT B.A., KEILP J.G., (1994)
 "Impaired Attention, Genetics, and the Pathophysiology of Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 20,1: 31-46.

CORYELL, W.H.; ZIMMERMAN, M. (1989)
"Personality Disorder in the Families of Depressed, Schizophrenic, and Never-III Probands"
American Journal of Psychiatry 146-4: 496-502.

CULL A., CHICK J., WOLFF S. (1984)
"A Consensual Validation of Schizoid Personality in Childhood and Adul Life"
British Journal of Psychiatry 144: 646-648.

CULLBERG, J. (1991)
"Recovered Versus Nonrecovered Schizophrenic Patients Among Those Who Have Had Intensive Psychotherapy"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 242-245.

DAHL, A.A. (1986)
"Some Aspects of the DSM-III-R Personality Disorders Illustrated by a Consecutive Sample of Hospitalized Patients"
Acta Psychiatrica Scandinavica suppl. 328: 61-67.

DALKIN T., MURPHY P., GLAZEBROOK C., MEDLEY I., HARRISON G. (1994)
"Premorbid Personality in First-Onset Psychosis"
British Journal of Psychiatry 164: 202-207.

DELMAS, BOLL (1922)
La Personnalité Humaine
Ernest Flammarion Ed., Paris.

DOCHERTY, J.P., FIESTER, S.J., SHEA, T. (1986)
"Syndrome Diagnosis and Personality Disorder"
EN: Frances, A.J., Hales, R.E.
Psychiatric Update: American Psychiatric Association, Annual Review Vol 5
APA, Washington D.C.

DOWSON, J.H. (1992)
"Assessment of DSM-III-R Personality Disorders by Self-Report Questionnaire: The Role of Informants and a Screening Test for Co-morbid Personality Disorders (STCPD)"
British Journal of Psychiatry 161: 344-352.

DOWSON, J.H.; BERRIOS, G.E. (1991)
"Factor Structure of DSM-III-R Personality Disorders Shown by Self-Report Questionnaire: Implications for Classifying and Assessing Personality Disorders"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 555-560.

- DRAKE R. E., VAILLANT G.E. (1985)
 "A Validity Study of Axis II of DSM III"
American Journal of Psychiatry 142: 553-558.
- DWORKIN, R.H. BERNSTEIN, G., KAPLANSKY, M.A., LIPSITZ, J.D., RINALDI, A., SLATER, S.L., CORNBLATT, B.A., ERLLENMEYER-KIMLING, L., (1991)
 "Social Competence and Positive and Negative Symptoms: A Congitudinal Study of Children and Adolescents at Risk for Schizophrenia and Affective Disorder"
American Journal of Psychiatry 148:1182-1188.
- EDITORES (1977)
 "Premorbid Adjustment y Schizophrenic Heterogeneity"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 180-181.
- EISENTHAL S., HARFORD T., SOLOMON L. (1972)
 "Premorbid Adjustment Paranoid-Nonparanoid Status, an Cronicity in Schizophrenic Patients"
Journal of Nervous and Mental Disease 155: 227-231.
- EKSELIUS L., LINDSTROM E., VonKNORRING L., BODLUND O., KULLGREN G. (1993)
 "Personality Disorders in DSM-III-R as Categorical or Dimensional"
Acta Psychiatrica Scandinavica 88: 183-187.
- ENGEL, G.A. (1977)
 "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine"
Science 196: 129-136.
- ERICKSON, D.H.; BEISER, M.; IACONO, W.G.; FLEMING, J.A.E. (1989)
 "The Role of Social Relationships in the Course of First-Episode Schizophrenia and Affective Psychosis"
American Journal of Psychiatry 146,11: 1456-1461.
- EVANS J.R., GOLDSTEIN M. J., RODNICK E.H. (1973)
 "Premorbid Adjustment, Paranoid Diagnosis, and Remission: Acute Schizophrenics Treated in a Community Mental Health Center"
Archives of General Psychiatry 28: 666-672.
- EYSENCK, H.J. (1982)
Fundamentos Biológicos de la Personalidad
 Ed. Fontanella, Barcelona.

- FARGAS, A.; DUÑO, R.; GOMEZ, L.; GUILLAMAT, R. (1989)
 "Ajuste Premórbido y Antecedentes Familiares: Factores Pronósticos"
 EN: Díez Manrique, J.F.; Vázquez Barquero, J.L.
XIV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
 Aran Ed., Madrid, 1990: 560-563.
- FENTON, W.S.; McGLASHAN, T.M. (1986).
 "The Prognostic Significance of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 143,4: 437-441.
- FENTON, W.S., McGLASHAN, T.H. (1987-a)
 "Prognostic Scale For Chronic Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 13: 277-286.
- FENTON, W.S., McGLASHAN, T.H. (1987-b)
 "Sustained Remission in Drug-Free Schizophrenics"
American Journal of Psychiatry 144: 1306-1309.
- FENTON, W.S.; McGLASHAN, T.M. (1989)
 "Risk of Schizophrenia in Character Disordered Patients"
American Journal of Psychiatry 146-10: 1280-1284.
- FENTON, W.S.; Mc GLASHAN, T.M. (1991-a)
 "Natural History of Schizophrenia Subtypes I. Longitudinal Study of Paranoid, Hebephrenic, and Undifferentiated Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 48: 969-977.
- FENTON, W.S.; Mc GLASHAN, T.M. (1991-b)
 "Natural History of Schizophrenia Subtypes. II Positive and Negative Symptoms and Long-Term Course"
Archives of General Psychiatry 48: 978-986.
- FIESTER, S.J., ELLISON, J.M., DOCHERTY, J.P., SHEA, T. (1990)
 "Comorbidity of Personality Disorders: Two for the Price of Three"
 EN: Adler, D.A.
Treating Personality Disorders
 Jossey-Bass Inc. Ed., San Francisco, 103-114.
- FOERSTER, A.; LEWIS, S.; OWEN, M.; MURRAY, R. (1991)
 "Premorbid Adjustment and Personality in Psychosis. Effects of Sex and Diagnosis"
British Journal of Psychiatry 158: 171-176.

FOGELSON, D.L., NUECHTERLEIN, K.M., ASARNOW, R.F., SUBOTNIK, K.L., TALOVIC, S.A. (1991)

"Interrater Reliability of Structures Clinical Interview For DSM III-R, Axis II. Schizophrenia Spectrum and Affective Spectrum Disorders"
Psychiatry Research 39: 55-63.

FRANCES, A. (1980)

"The DSM-III Personality Disorders Section. A Comentario"
American Journal of Psychiatry 137: 1050-1054.

FRANCES, A. (1982)

"Categorical and Dimensional Systems of Personality Diagnosis: a Comparison"
Comprehensive Psychiatry 23: 516-527.

FRANCES A. (1985)

"Validating Schizotypal Personality Disorders: Problems With The Schizophrenia Connection"
Schizophrenia Bulletin 11: 595-597.

FREUD S. (1888- 1908)

"Carácter y Erotismo Anal"

EN: Freud S.

Obras Completas

Ed. Orbis, Barcelona, 1988, Vol. 7: 1354-1357.

FROSCH, J. (1988-a)

"Psychotic Character Versus Borderline"

Int. J. Psycho-Anal. 69: 347-357.

FROSCH J. (1988-b)

"Psychotic Character Versus Borderline Part II"

Int. J. Psycho-Anal. 69: 445-456.

FUENTENEbro de DIEGO F. (1989)

"Editorial, Esquizofrenia"

Monografías de Psiquiatría 1,1: 1-2.

FULTON, M., WINOKUR, G. (1993)

"A Comparative Study of Paranoid and Schizoid Personality Disorders"

American Journal of Psychiatry 150: 1363-1367.

GARCIA RIBERA C. (1983)

"Factores Premórbidos como Indicador Pronóstico en la Esquizofrenia"

Avances en Terapéutica Psiquiátrica. Sociedad Catalana de Psiquiatria, Barcelona 1983.

- GARMEZY N., RODNICK E.M. (1959)
 "Premorbid Adjustment and Performance in Schizophrenia: Implications for Interpreting Heterogeneity in Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 129: 450-466.
- GOLDMAN, H.H., SKODOL, A.E., LAVE, T.R. (1992)
 "Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning"
American Journal of Psychiatry 149:1148-1156.
- GOLDSTEIN, M.J. (1970)
 "Premorbid Adjustment, Paranoid Status, and Patterns of Response to Phenothiazine in Acute Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 1: 24-37.
- GOLDSTEIN, M.J. (1978)
 "Further Data Concerning the Relation Between Premorbid Adjustment and Paranoid Symptomatology"
Schizophrenia Bulletin 1978, 4,2: 236-243.
- GOLDSTEIN M.J., HELD J.M., CROMWELL R.L. (1968)
 "Premorbid Adjustment and Paranoid-Nonparanoid in Schizophrenia"
Psychological Bulletin 70: 382-386
- GONZALEZ DE CHAVEZ, M.; CAPILLA RONCERO, T. (1991)
 "Insight and Mirroring in Group Psychotherapy with Schizophrenic Patients"
10th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia Stockholm. 1991.
- GORTON, G.; AKHTAR, S. (1990)
 "The Literature on Personality Disorders, 1985-1988: Trends, Issues, and Controversies."
Hospital and Community Psychiatry 41: 39-51.
- GREEBB, J.A., CANCRO, R. (1989)
 "Schizophrenia: Clinical Features"
 EN: Kaplan, H.I., Sadock, B.J.
Comprehensive Textbook of Psychiatry
 Williams & Wilkins, 5^a Ed., Baltimore, 757-777.
- GREENSPAN S.I. (1986)
 "The Development of Psychopathology: Perspectives from Clinical work with Infants, Young Children and Their Families"
 EN: Feinsilver D.B.
Towards a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders The Analytic Press, Hillsdale, New Jersey. 157-209.

GRIGGS, S.M., TYRER, P.J. (1981)
"Personality Disorder, Social Adjustment and Treatment Outcome in Alcoholics"
Journal Studies on Alcohol 42: 802-805.

GROTSTEIN J.S. (1986)
"Schizophrenic Personality Disorder"
EN: Feinsilver D.B.
Towards a Comprehensive Model for Schizophrenic Disorders The Analytic Press,
Hillsdale, New Jersey. 29-71.

GUNDERSON J.G. (1992)
"Diagnostic Controversies"
EN: Tasman A. Riba M.B.
American Psychiatric Press, Review of Psychiatry Vol. 11
American Psychiatric Press Ed., Washington DC. 9-23.

GUNDERSON, J.G.; SIEVER, L.J. (1985)
"Relatedness of Schizotypal to Schizophrenic Disorders: Editor Introduction"
Schizophrenia Bulletin 11,4: 532-537.

GUNDERSON J, SIEVER L., SPAULDING E. (1983)
"The Search for a Schizotype: Crossing The Border Again"
Archives of General Psychiatry 40: 15-22.

HAAS G.L., SWEENEY J.A. (1992)
"Premorbid and Onset Features of First-Episode Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 18,3: 373-386.

HANS S.L., MARCUS J., HENSON L., AVERBACH J.G., MIRSKY A.F. (1992)
"Interpersonal Behavior of Children at Risk for Schizophrenia"
Psychiatry 55: 314-335.

HARRON, M., WESTERMEYER, J.F., SILVERSTEIN, M., STRAUSS, B.S.,
COHLER, B.J. (1986)
"Predictors of Outcome in Schizophrenia: the Process-Reactive Dimension"
Schizophrenia Bulletin 12,2: 195-206.

HARTMANN E., MILOFSKY E., VAILLANT G., OLFIELD M., FALICE R., DUCEY
Ch. (1984)
"Vulnerability to Schizophrenia. Prediction of Adult Schizophrenia Using Childhood
Information"
Archives of General Psychiatry 41: 1050-1056.

HESTON L.L. (1970)
"The Genetic of Schizophrenia And Schizoid Disease"
Science 167: 249-256.

- HIRSCH, S., CRAMER, P., BOWEN, J. (1992)
 "The Triggerins Hypothesis of the Role of Life Events in Schizophrenia"
British Journal of Psychiatry 161, supl. 18: 84-87.
- HIRSCHFELD R.M.A., KLERMAN G.L., CLAYTON P.J., KELLER M.B.,
 McDONALL-SCOTT P., LARKIN B.M. (1983)
 "Assessing Personality: Effects of the Depressive State on Trait Measurement"
American Journal Psychiatry 140: 695-699
- HOGG, B., JACKSON, H.J. RUDD R.P., EDWARDS, J. (1990)
 "Diagnosing Personality Disorders in Recent-Onset Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 178,3: 194-199.
- HOLLINGSHEAD, A.B.; REDLICH, F.C. (1966)
Social Class and Mental Illness
 John Wiley and Sons, New York, 3^a. Ed., 1966.
- HOLTE A., WICHSTROM L. (1991)
 "Relationships Between Personality Development, Interpersonal Perception and
 Communication in Parents of Schizophrenics, Psychiatric Controls and Normal
 Subjects"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 46-57.
- HORTON P.C. (1976)
 "Personality Disorder and Parietal Lobe Dysfunctions"
American Journal Psychiatry 133: 782-785.
- HYLER S., LYONS M., RIEDER R., YOUNG L., WILLIAMS J., SPITZER R. (1990)
 "The Factor Structure of Self-Report DSM-III Axis II Symptoms and Their
 Relationship to Clinicians Ratings"
American Journal of Psychiatry 147: 751-757.
- HYLER S., SKODOL A.E., KELLMAN D.H., OLDHAM J.H., ROSNICK L. (1990)
 "Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised Comparison with Two
 Structured Interviews."
American Journal Psychiatry 147: 1043-1048.
- INOUIYE, (1970)
 "Personality Deiviations Seen in Monozyotic Cotwins of the Index Cases with
 Classical Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandinavica supl. 219: 90-96.
- JACKSON H.J., WHITESIDE H.L., BATES G.W., BELL R., RUDD R.P.,
 EDWARDS J. (1991)
 "Diagnosing Personality Disorders in Psychiatric Inpatients"
Acta Psychiatrica Scandinavica 83: 206-213.

- JASPERS K. (1948 1913)
Psicopatología General
Ed. Beta, Madrid, Traducción de la 5ª Ed. alemana de 1948 (1ª Ed. 1913).
- JOHNSON. S.M. (1991)
The Symbiotic Character
Norton Company, N. York.
- JOHNSTONE E.C., CROW T.S., FRITH C.D. (1976)
"Cerebral Ventricular Size and Cognitive Impairment in Chronic Schizophrenia"
Lancet 2: 924-926.
- JOHNSTONE E.C.; MACMILLAN J.F.; FRITH C.D., BENN D., CROW T.J. (1990)
"Further Investigation of the Predictors of Outcome Following First Schizophrenic Episodes"
British Journal of Psychiatry 157: 182-189.
- JONES, P.B., BEBBINGTON, R., FOERSTER, A., LEWIS, S.W., MURRAY, R.M.,
RUSSELL, A., SHAM, P.C., TOONE, B.K., WILKINS, S. (1993)
"Premorbid Social Underachievement in Schizophrenia. Results from the
Camberwell Collaborative Psychosis Study"
British Journal of Psychiatry 162: 65-71.
- JONSSON, H.; NYMAN, K. (1984)
"Prediction of Outcome in Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandnavica 69: 274-291.
- JONSSON, J.; NYMAN, A.K. (1991)
"Predicting Long-Term Outcome in Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandnavica 83: 342-346.
- JORGENSEN, A.; PARNAS, J. (1990)
"The Copenhagen High-Risk Study: Premorbid and Clinical Dimensions of
Maternal Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 178: 370-376.
- JORGENSEN, A.A., TEASDALE, T.W., PARNAS, J. (1987)
"The Copenhagen High-Risk Project. The Diagnsos of Maternal Schizophrenia
and its Relation to Offspring Diagnosis".
British Journal of Psychiatry 151: 753-757.
- KASS, F.; SKODOL, A.E.; CHARLES, E.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.W.
(1985)
"Scaled Ratings of DSM-III Personality Disorders"
American Journal of Psychiatry 142: 627-630.

- KAY D.W.K, COOPER A.F., GARSIDE R.F., RUTH M. (1976)
 "The Differentiation of Paranoid from Affective Psychoses by Patients' Premorbid Characteristics"
British Journal of Psychiatry 129: 207-215.
- KEEFE, R.S.E.; MOHS, R.S.; LOSCONCZY, M.F.; DAVIDSON, M.; SILVERMAN, J.M.; KENDLER, K.S.; HORVATH, T.B., NORA, R.; DAVIS, K.L. (1987)
 "Characteristics of Very Poor Outcome Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 144: 889-895.
- KEEFE, R.S.E.; MOHS, R.S.; LOSCONCZY, M.F.; DAVIDSON, M.; SILVERMAN, J.M.; HORVATH, T.B.; DAVIS, K.L. (1989)
 "Premorbid Sociosexual Functioning and Long-term Outcome in Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 146: 206-211.
- KEEFE R.S. SILVERMAN J.M. SIEVER L.J. CORNBLATT B.A. (1991)
 "Refining Phenotype Characterization in Genetic Linkage Studies of Schizophrenia"
Soc. Biol. 38: 197-218.
- KEITH, S.J.; BUCHSBAUM, S. (1978)
 "Workshop on Factors Related to Premorbid Adjustment"
Schizophrenia Bulletin 4,2: 252-257.
- KELLEY M.E., GILBERSTON M., MOUTON A., JAN KAMHEN D.P. (1992)
 "Deterioration in Premorbid Functioning in Schizophrenia: A Developmental Model of Negative Symptoms in Drug-Free Patients"
American Journal of Psychiatry 149: 1543-1548
- KENDLER, K.S. (1985)
 "Diagnostic Approaches to Schizotypal Personality Disorder: A Historical Perspective"
Schizophrenia Bulletin 11,4: 538-553.
- KENDLER, K.S. (1988)
 "Familiar Aggregation of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. Evaluation of Conflicting Results"
Archives of General Psychiatry 45: 377-383.
- KENDLER K.S., ADLER D. (1984)
 "The Pattern of Psychotic Illness in Affected Sibling Pairs"
American Journal of Psychiatry 141:509-513
- KENDLER, K.S.; GRUENBERG, A.M. (1982)
 "Genetic Relationship between Paranoid Personality Disorder and the 'Schizophrenia Spectrum' Disorders"
American Journal of Psychiatry 139,9: 1185-1186.

KENDLER, K.S.; GRUENBERG, A.M. (1984)
"An Independent Analysis of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, VI. The Relationship between Psychiatric Disorders as Defined by DSM-III in the Relatives and Adoptees"
Archives of General Psychiatry 41: 555-564.

KENDLER, K.S.; GRUENBERG, A.M.; STRAUSS, J.S. (1981-a)
"An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, II. The Relationship between Schizotypal Personality Disorder and Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 38: 982-984.

KENDLER K.S., GRUENBERG, A.M., STRAUSS J.S. (1981-b)
"The Relationship Between Paranoid Psychosis and Schizophrenia Spectrum Disorders"
Archives of General Psychiatry 38: 985-987.

KENDLER, K.S. GRUENBERG, A.M., STRAUSS, J.S. (1982)
"An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, V. The Relationship between Childhood Social Withdrawal and Adult Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 39: 1257-1261.

KENDLER K.S, GRUENBERG A.M., TSUANG M.T. (1985-a)
"Psychiatric Illness in First Degree Relatives of Schizophrenic and Surgical Control Patients: a Family Study Using DSM-III Criteria"
Archives of General Psychiatry 42: 770-779.

KENDLER K.S., HAYS P. (1982)
"Familial and Sporadic Schizophrenia: A Symptomatic Prognostic, and EEG Comparison"
American Journal of Psychiatry 139: 1557-1562.

KENDLER, K.S.; MASTERSON. C.C.; DAVIS, K.L. (1985-b)
"Psychiatric Illness in the First Degree Relatives of Patients with Paranoid Psychosis, Schizophrenia and Medical Illness"
British Journal of Psychiatry 147: 524-531.

KENDLER, K.S.; MASTERSON. C.C.; UNGARO, R.; DAVIS, K.L. (1984)
"A Family History Study of Schizophrenia Related Personality Disorders"
American Journal of Psychiatry 141: 424-427.

KETY, S.S. (1985)
"Schizotypal Personality Disorder: An Operational Definition of Bleuler's Latent Schizophrenia?"
Schizophrenia Bulletin 11,4: 590-594.

KETY, S.S., ROSENTHAL, D., WENDER, P.H., SCHULSINGER, F. (1968)
"The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics"
Journal Psychiatry Research 6, suppl. 1: 345-362.

KING, D.J.; WILSON, A.; COOPER, S.J.; WADDINGTON, J.L. (1991)
"The Clinical Correlates of Neurological Soft Signs in Chronic Schizophrenia"
British Journal Psychiatry 158: 770-775.

KLAUSNER J.D., SWEENEY J.A., DECK M.D.F., KELLY A.B. (1992)
"Clinical Correlates of Cerebral Ventricular Enlargement in Schizophrenia. Further Evidence for Frontal Lobe Disease"
Journal of Nervous and Mental Disease 180,7: 407-412.

KLEIN D.F., ROSEN B. (1973)
"Premorbid Asocial Adjustment and Response to Phenothiazine Treatment Among Schizophrenic Inpatients"
Archives of General Psychiatry 29: 480-485.

KLORMAN, R.; STRAUSS, J.S.; KOKES, R.F. (1977-a)
"Premorbid Adjusting Schizophrenia... Part III. The Relationship of Demographic and Diagnostic Factors to Measures of Premorbid Adjustment in Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 214-225.

KLORMAN, R.; STRAUSS, J.S.; KOKES, R.F. (1977-b)
"Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part IV. Some Biological Approaches to Research on Premorbid Functioning in Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 226-239.

KOENIGSBERG H.W., KAPLAN R.D., GILMORE M.M., COOPER A.M. (1985)
"The Relationship Between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III: Experience With 2,462 Patients"
American Journal of Psychiatry 142: 207-212

KOKES, R.F.; STRAUSS, J.S.; KLORMAN, R. (1977)
"Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part II. Measuring Premorbid Adjustment: the Instruments and Their Development"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 186-213.

KOLAKOWSKA, T. WILLIAMS, A.O., ARDERN, M., REVELEY, M.A., JAMBOR, K., GELDER, M.G., MANDELBROTE, B.M. (1985)
"Schizophrenia with Good and Poor Outcome I: Early Clinical Features, Response to Neuroleptics and Signs of Organic Dysfunction"
British Journal of Psychiatry 146: 229-239.

KRAEPELIN, E. (1913)
Psychiatrie 8ª Ed. Vol III.

KRETSCHMER, E. (1947 1925)
Constitución y Carácter
Ed. Labor S.A., Barcelona. 1947.

KUTCHER, S.P.; BLACKWOOD, H.R.; St. CLAIR, D.; GASKELL, D.F.; MUIR, W.J. (1987)
"Auditory P-300 in Boderline Personality Disorder and Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 44: 645-650.

LACAN J. (1976)
De la Psicosis Paranoica en sus Relaciones con la Personalidad
Ed. Siglo XXI, Madrid.

LANGFELDT G. (1956)
"The Prognosis in Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandinavica Supl. 110: 7-66.

LENZENWEGER M.F. (1994)
"Psychometric High-Risk Paradigm, Perceptual Aberrations, and Schizotypy: An Update"
Schizophrenia Bulletin 20,1: 121-135.

LENZENWEGER M.F., DWORKIN R.H., WETHINGTON E. (1991)
"Examining the Underlying Structure of Schizophrenic Phenomenology: Evidence for a Three-Process Model"
Schizophrenia Bulletin 17,3: 515-524.

LEVY D.L., HOLZMAN P.S., MATTHYSSE S., MENDELL N.R. (1994)
"Eye Tracking and Schizophrenia: A Selective Review"
Schizophrenia Bulletin 20,1: 47-62.

LEWINE R.R.J., WATT N.F., FRYER J.H. (1978)
"A Study of Childhood Social Competence, Adult Premorbid Competence, and Psychiatric Outcome in Three Schizophrenic Subtypes"
Journal of Abnormal Psychology 87: 294-302.

LEWIS, S.W. (1989)
"Editorial: Congenital Risk Factors for Schizophrenia"
Psychological Medicine 19: 5-13.

LEWIS, S.W.; CHITKARA, B.; REVELEY A.M. (1991)
"Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia in Three Identical Twin Pairs"
Psychological Medicine 21: 135-141.

LIBERMAN R.P., MARSHALL B.D., MARDER S.R., DAWSON M.E.,
NUECHTERLEIN K.H., DOANE J.A. (1984)

"The Nature and Problem of Schizophrenia"

EN: Bellack A.S. (editor)

Schizophrenia Treatment Management and Rehabilitation

New York, Grune y Stratton ed., 1984.

LIEBOWITZ, M.R., STONE, M.H., TURKAT, I.D. (1986)

"Treatment of Personality Disorders"

EN: Frances, A.J., Hales, R.E.

Psychiatric Update: American Psychiatric Association, Annual Review, vol. 5

American Psychiatric Press, Washington D.C., 356-393.

LINKS P.S., STEINER M., MITTON J. (1989)

"Characteristics of Psychosis in Borderline Personality Disorder"

Psychopathology 22,4: 188-193

LIVESLY W.J., SCHROEDER M.L. (1991)

"Dimensions of Personality Disorder. The DSM-III-R Cluster B Diagnoses"

Journal of Nervous and Mental Disease 179: 320-328

LIVESLEY W.J., WEST M., TANNEY A. (1985)

"Historical Comment on DSM-III Schizoid and Avoidant Personality Disorder"

American Journal Psychiatry 142: 1344-1347.

LÓPEZ -IBOR ALINÑO, J.J. (1993)

La Personalidad en Medicina y sus Trastornos

Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid.

LORANGER A.W., LENZENWGER M.F., GARTNER A.F., LEHMANN V., HERZID
J., ZAMMIT G.K., GARTNER J.D., ABRANS R.C., YOUNG R.C. (1991)

"Trait-State Artifacts and the Diagnosis of Personality Disorders"

Archives of General Psychiatry 48: 720-728.

MAIER W., LICHTERMANN D., KLINGER T., HEUN R., HALLMAYER J. (1992)

"Prevalences of Personality Disorders (DSM-III-R) in the Community"

Journal of Personality Disorders 6: 187-196.

MANN A.H., JENKINS R., CUTTLING J.C., COWEN D.J. (1981)

"The Development and Use of a Standardized Assessment of Abnormal
Personality"

Psychological Medicine 11: 839-847.

MARCUS, J., HANS, S.L., AVERBACH, J.G., AVERBACH, A.G. (1993)
"Children at Risk for Schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. II
Neurobehavioral Deficits at School Age"
Archives of General Psychiatry 50: 797-809.

MARINOW A. (1986)
"Prongnostication in Schizophrenia"
Psychopatology 19,4: 192-195.

Mc GLASHAN, T.H. (1983)
"The Borderline Syndrome: II Is Borderline a Variant of Schizophrenia or Affective
Disorder?"
Archives of General Psychiatry 40: 1319-1323.

Mc GLASHAN, T.H. (1984-a)
"The Chestnut Lodge Follow-up Study. I: Follow-up Methodology and Study
Sample"
Archives of General Psychiatry 41: 573-585.

Mc GLASHAN, T.H. (1984-b)
"The Chestnut Lodge Follow-up Study. II: Long-Term Outcome of Schizophrenia
and the Affective Disorders"
Archives of General Psychiatry 41: 586-601.

Mc GLASHAN, T.H. (1986-a)
"The Chestnut Lodge Follow-up Study. III: Long-Term Outcome of Borderline
Personalities"
Archives of General Psychiatry 43: 20-30.

Mc GLASHAN, T.H. (1986-b)
"The Prediction of Outcome in Chronic Schizophrenia. IV: The Chestnut Lodge
Follow-up Study"
Archives of General Psychiatry 46: 167-176.

Mc GLASHAN, T.H. (1986-c)
"Schizotypal Personality Disorder, Chestnut Lodge Follow-up Study, VI: Long Term
Follow-up Perspectives"
Archives General of Psychiatry 43: 329-334.

Mc GLASHAN T.H. (1986-d)
"Predictors of Shorter-, Medium-, and Longer-Term Outcome in Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 143: 50-55.

- Mc GLASHAN T.H. (1988)
 "A Selective Review of Recent North American Long-Term Follow-up Studies of Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 14: 515-542.
- Mc GLASHAN, T.H.; FENTON, W.S. (1992)
 "The Positive-Negative Distinction in Schizophrenia Review of Natural History Validators"
Archives General of Psychiatry 49: 63-72.
- Mc GUFFIN P., THAPAR A. (1992)
 "The Genetics of Personality Disorder"
British Journal of Psychiatry 160: 12-23.
- MEDCNICK, S.A. (1958)
 "A Learning Theory of Schizophrenia"
Psychological Bulletin 55: 316-327.
- MEDCNICK, S.A.; PARNAS, J.; SCHULSINGER, F. (1987)
 "The Copenhagen High-Risk Project, 1962-1986"
Schizophrenia Bulletin 13,3: 485-495.
- MEEHL P.E. (1962)
 "Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia"
American Psychologist 17: 827-838.
- MEEHL P.E. (1990)
 "Toward an Integrated Theory of Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia"
Journal of Personality Disorders 4,1: 1-99.
- MEIJER M., TREFFERS P.D.A. (1991)
 "Borderline and Schizotypal Disorders in Children and Adolescents"
British Journal of Psychiatry 158: 205-212.
- MELLSOP G., VARGHESE F., JOSHUA S., HICKS A. (1982)
 "The Reliability of Axis II of DSM-III"
American Journal of Psychiatry 139: 1360-1361.
- MERIKANGAS, K.R., WEISSMAN, M.M. (1986)
 "Epidemiology of DSM-III Axis II Personality Disorders"
 EN: Frances, A.J., Hales, R.E.
Psychiatric Update: American Psychiatric Association, Annual Review Vol. 5
 American Psychiatric Press, Washington D.C., 258-278.

- MIKLOWITZ D.J. (1994)
"Family Risk Indicators in Schizophrenia"
Schizophrenia Bulletin 20,1: 137-149.
- MINKOWSKI (1927)
La Schizophrénie, Psychopathologie des Schizoïdes et des Schizophrènes
Descée de Brouwer Ed. Paris 1^a Ed.
- MOREY L.C. (1988)
"Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, Coverage, and Internal Consistency"
American Journal of Psychiatry 145: 513-577.
- MORICE R., URBANC S., McNICOL D. (1985)
"The Premorbid Adjustment Scale (PAS): Its Use in an Australian Study"
Australian NZ. Journal of Psychiatry 19: 390-395.
- MORRISON, R.L.; BELLACK, A.S. (1987)
"Social Functioning of Schizophrenic Patients Clinical and Research Issues"
Schizophrenia Bulletin 13,4: 715-725.
- MULDER R.T. (1991)
"Personality Disorders in New Zealand Hospitals"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 197-202.
- MURRAY, R.M.; LEWIS, S.W. (1987)
"Is Schizophrenia a Neurodevelopmental Disorder?"
British Medical Journal 295: 681-682.
- MURRAY, R.M., LEWIS, S.W., REVELEY, A.M. (1985)
"Towards an Aetiological Classification of Schizophrenia"
Lancet i. 1023-1026.
- NACE, E.P.; DAVIS, C.W.; GASPART, J.P. (1991)
"Axis II Comorbidity in Substance Abusers."
American Journal of Psychiatry 1991, 148: 118-120.
- NESTAD G., ROMANOSKI A.M., SAMUELS J.F. FOLSTEIN M.F., McHUGH P.R. (1992)
"The Relationship Between Personality and DSM-III Axis I Disorders in The Population: Results From an Epidemiological Survey"
American Journal of Psychiatry 149: 1228-1233.

- NORNBERG, H.G. y col. (1991)
 "The Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Other DSM-III-R Axis II Personality Disorders"
American Journal of Psychiatry 1991, 148: 1371-1377.
- NUECHTERLEIN K.H., DAWSON M. (1984)
 "A Heuristic Vulnerability Stress Model of Schizophrenic Episodes"
Schizophrenia Bulletin 10: 300-312.
- NUECHTERLEIN K.M., DAWSON M., GITLIN M., VENTURA J., GOLDSTEIN M.J., SNYDER K.S., YEE C.M., MINTZ J. (1992)
 "Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress"
Schizophrenia Bulletin 18,3: 387-425.
- OBIOLS, J.E.; SALVADOR, L.; HUMBERT, M.; OBIOLS, J. (1985)
 "Evaluación de los Síntomas Negativos de la Esquizofrenia"
Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 12,2: 85-91.
- O'CONNELL M., COOPER S., PERRY C., HOKE L. (1989)
 "The Relationship Between Thought Disorder and Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder"
Journal of Nervous and Mental Disease 177,5: 273-278
- OFFORD D.R. (1974)
 "School Performance of Adult Schizophrenics, Their Siblings and Age Mates"
British Journal of Psychiatry 125: 12-19
- OLDHAM. J.M. (1991)
 "Borderline Personality Disorder: An Introduction"
Hospital and Community Psychiatry 42,10: 1014.
- OLDHAM, J.M.; SKODOL, A.E.; KELLMAN, H.D.; HYLER, S.E.; ROSWICK, L.; DAVIES, M. (1991)
 "Diagnosis of DSM-III-R Personality Disorders by Two Structured Interviews: Patterns of Comorbidity"
American Journal of Psychiatry 149: 213-220.
- OLFSON, M. (1990)
 "Schizotypal Personality and Brief Reactive Psychosis"
American Journal of Psychiatry 147, 4: 535.

O.M.S. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD) (1992)
CIE-10 Transtornos Mentales y del Comportamiento Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico.
Meditor Ed., Madrid.

ONSTAD, S.; SKRE, I.; EDUARDBSEN, J.; TORGERSEN, S.; KRINGLEN, E. (1991)
"Mental Disorders in First-Degree Relatives of Schizophrenics"
Acta Psychiatrica Scandinavica 83: 463-467.

PARNAS, J., JORGENSEN, A.A. (1989)
"Premorbid Psychopathology in Schizophrenia Spectrum"
British Journal of Psychiatry 155: 623-627

PARNAS J., SCHULSINGER F, SCHULSINGER H., MEDNICK S.A., TEASDALE T.W. (1982)
"Behavioral Precursors of Schizophrenia Spectrum a Prospective Study"
Archives of General Psychiatry 39: 658-664

PAYKEL E.S. (1978)
"Contribution of Life events to Causation of Psychiatry Illness"
Psychological Medicine 8: 245-253

PERALTA, V.; CUESTA, M.J.; DE LEON, J. (1991)
"Premorbid Personality and Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 336-339.

PERRY, J.C., VAILLANT, G.E. (1989)
"Personality Disorders"
EN: Kaplan, H.I., Sadock, B.J.
Comprehensive Textbook of Psychiatry
Williams & Wilkins Ed., 5ª Ed., Baltimore, 1352-1387.

PFOHL, B.; WINOKUR, G. (1983)
"The Micropsychopathology of Hebephrenic / Catatonic Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 171,5: 296-300.

PHILLIPS, L. (1953)
"Case History Data and Prognosis in Schizophrenia"
Journal of Nervous and Mental Disease 117: 515-525.

PHILLIPS L., RABINOVITH M. (1958)
"Social Role and Patterns of Symptomatic Behaviors"
Journal of Abnormal and Social Psychology 57: 181-186.

PINE D.S., KLEIN R.G., LINGY D.C., MARSHALL R.D. (1993)
"Attention-Deficit Hiperactivity Disorder and Comorbidity Psychosis: A Review and two Clinical Presentations"
Journal of Clinical Psychiatry 54: 140-145.

PLANANSKY K. (1966)
"Conceptual Boundaires of Schizoidness: Suggestions of Epidemiological and Genetic Research"
Journal of Nervous and Mental Disease 142: 318-331.

POPE H.G., JONAS J.M., HUDSON J.I., COHEN B.M. TOHEN M. (1985)
"An Empirical Study or Psychosis in Borderline Personality Disorder"
American Journal of Psychiatry 142: 1285-1290.

POULTON, R.G.; ANDREWS, G. (1992)
"Personality as a Cause of Adverse Life Events"
Acta Psychiatrica Scandinavica 1991, 85: 35-38.

PRASAD, R.B., VASL, E.R., LAHMEYER, H.W., GAVIRIA, M., RODGERS, P., VEILER, M., ALTMAN, E. (1990)
"Associated Diagnosses (Comorbidity) in Patients with Borderline Personality Disorders"
Psychiatric Journal University Ottawa 15: 22-27.

QUITKIN F., RIFKIN A., KLEIN D.F., (1976)
"Neurological Soft Signs in Schizophrenia and Character Disorders: Organicity in Schizophrenia with Premorbid Asociality and Emotionally Unstable Character Disorders"
Archives of General Psychiatry 33: 845-853.

RADO S. (1953)
"Dynamics of Classifications of Disordered Behavior"
American Journal of Psychiatry 110: 406-416.

REICH J. (1987)
"Sex Distribution of DSM-III Personality Disorders in Psychiatric Outpatients"
American Journal of Psychiatry 144: 485-488.

REICH J.H. (1989)
"Update on Instruments to Measure DSM-III and DSM-III-R Personality Disorders"
Journal of Nervous and Mental Disease 177: 366-370.

REICH, J.H.; GREEN, A.I. (1991)
"Effect of Personality Disorders on Outcome of Treatment"
Journal of Nervous and Mental Disease 179: 74-82.

- REICH J., NOYES R., CORYELL W., O'GORMAN T.W. (1986)
 "The Effect of State Anxiety on Personality Measurement"
American Journal of Psychiatry 143: 760-763.
- REICH J., NOYES R., TROUGHTON B. (1987)
 "Dependent Personality Disorder Associated with Fobic Avoidance in Patients with Panic Disorder"
American Journal of Psychiatry 144: 323-326.
- REICH, J., VASILE, R. (1993)
 "Effect of Personality Disorders on the Treatment Outcome of Axis I Conditions: An Update"
Journal of Nervous and Mental Disease 181: 475-484.
- REICH J., YATES N., NOUAGUBA M. (1989)
 "Prevalence of DSM-III Personality Disorders in the Community"
Social Psychiatry Psychology Epidemiology 24: 12-16.
- ROBINS, L.N.; PRICE, R.K. (1991)
 "Adult Disorders Predicted by Childhood Conduct Problems: Results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Project"
Psychiatry 54,5: 116-132.
- ROCCATAGLIATA G. (1991)
 "Classical Concepts of Schizophrenia"
 EN: Howells, J.G.
The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives.
 American Psychiatric Press. Washington, 1-27.
- ROFF J.B., KNIGHT R. (1980)
 "Preschizophrenic: Low IQ and Agressive Symptoms as Predictors of Adult Outcome and Marital Status"
Journal of Nervous and Mental Disease 160: 129-132.
- RONNINGSTAM, E.; GUNDERSON, J. (1990)
 "Identifying Criteria for Narcissitic Personality Disorder"
American Journal of Psychiatry 1990, 147: 918-922.
- ROSENTHAL D. (1970)
 "**Genetic Theory and Abnormal Behavior**"
 Mc Graw-Hill Ed., New York.
- ROSHENTAL, D., WNDER, P.H., KETY, S.S. (1971)
 "The Adopted Way Offspring of Schizophrenics"
American Journal of Psychiatry 128, 307-311.

ROSSI, A., DE CATALDO, S., DE MICHELE, V., MANNA, V., CECCOLI, S., STRATTA, P., CASACCHIA, M. (1990)
"Neurological Soft Signs in Schizophrenia"
British Journal of Psychiatry 157: 735-739.

RUIZ-VARGAS, J.M. (1987)
Esquizofrenia, un Enfoque Cognitivo.
Alianza Ed. Madrid.

RUND, B.R. (1990)
"Fully Recovered Schizophrenics: A Retrospective Study of Some Premorbid and Treatment Factors"
Psychiatry 53: 127-139.

RUTTER M. (1987)
"Temperament, Personality and Personality Disorders"
British Journal of Psychiatry 150: 443-458.

SALVADOR, L.; OBIOLS, J.E.; HUMBERT, M.; OBIOLS, J. (1985)
"Evaluacion de los Síntomas Positivos en la Esquizofrenia"
Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 12-2: 92-102.

SAMUELS J., NESTADT G., ROMANOSKI A., FOLSTEIN M., McHUGH P. (1994)
"DSM-III Personality Disorders in the Community"
American Journal of Psychiatry 151: 1055-1062.

SANDERSON W.C., WETZLER S., BECK A.T., BETZ F. (1994)
"Prevalence of Personality Disorders among Patients with Anxiety Disorders"
Psychiatry Research 51: 167-174.

SANES, J., ZIGLER, E. (1971)
"Premorbid Social Competence in Schizophrenia"
Journal of Abnormal Psychology 78: 140-144.

SCHANDA H., FOLDES P., TOPITZ A., FLIEDL R., KNECHT G. (1992)
"Premorbid Adjustment of Schizophrenic Criminal Offenders"
Acta Psychiatrica Scandinavica 86: 121-126

SCHNEIDER K. (1974 1923)
Las Personalidades Psicopáticas.
Ed. Morata 7 Ed. Madrid (1ª Ed. 1923).

SCHROEDER, M.L.; LIVESLEY, W.J. (1991)
"An Evaluation of DSM-III-R Personality Disorders"
Acta Psychiatrica Scandinavica 84: 512-515.

SCHULSINGER H. (1976)
"A Ten-Year Follow-up of Children of Schizophrenic Mothers: Clinical Assessment"
Acta Psychiatrica Scandinavica 53: 371-386.

SCHULSINGER F., PARNAS J., MEDNICK S., TEASDALE T.W., SCHULSINGER H. (1987)
"Heredity-Environment Interaccion and Schizophrenia"
Journal Psychiatric Research 21: 431-436.

SEGUI, J.; HUMBERT, M.S.; SALVADOR, L.; MALET, D.; JUDAR, I. (1986)
"Ajuste Social del Enfermo Esquizofrénico"
Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona 13,4: 175-187.

SERIEUX, CAPGRAS (1909)
La Folie Raisonante
Alcan Ed., Paris.

SHUR E. (1982)
"Family History and Schizophrenia: Characteristics of Groups with and Without Positive Family Histories"
Psychological Medicine 12: 591-594.

SIEVER, L.J. (1985)
"Biological Markers in Schizotypal Personality Disorder"
Schizophrenia Bulletin 11,4: 564-575.

SIEVER, L.J., BERNSTEIN, D.P., SILVERMAN, J.M. (1991)
"Schizotypal Personality Disorder: A Review of its Current Status"
Journal of Personality Disorders 5: 178-193.

SIEVER L.J., COURSEY R.D. (1985)
"Biological Markers for Schizophrenia and the Biological High Risk Approach"
Journal of Nervous and Mental Disease 173: 4-16.

SIEVER, L.J.; DAVIS, K.L. (1991)
"A Psychobiological Perspective on the Personality Disorders"
American Journal of Psychiatry 148: 1647-1658.

SIEVER L.J., GUNDERSON J.G. (1983)
"The Search for a Schizotypal Personality: Historical Origins and Current Status"
Comprehensive Psychiatry 24: 199-212.

SIEVER L.J., KALUS O.F., KEEFE R.S.E. (1993)
"The Boundaries of Schizophrenia"
Psychiatric Clinic North Am. 16,2: 217-244.

SIEVER, L.J., SILVERMAN, J.M., HORVATH, T.B. KLAR, H., COCCARO, E., KEEFE, R.S.E. (1990)

"Increased Morbid Risk for Schizophrenia-Related Disorders in Relatives of Schizotypal Personality Disordered Patients"

Archives of General Psychiatry 47,7: 634-640.

SILVERMAN J.M., SIEVER L.J., HORVATH T.B., COBARO E.F. KLAR H., DAVIDSON J., PINKHAM L.M., APTER S.M., MOHS, R.C., DAVIS, K.L. (1993)

"Schizophrenia-related and Affective Personality Disorder Traits in Relatives of Proband with Schizophrenia and Personality Disorders"

American Journal of Psychiatry 150: 435-442.

SIVERTON L. (1988)

"Crime and the Schizophrenia Spectrun. A Diathesis-Stress Model"

Acta Psychiatrica Scandinavica 78: 72-81.

SKODOL, A.E., ROSNICK, L., KELLMAN, D., OLDHAN, J.M., HYLER, S.E. (1988)

"Validating Structured DSM-III-R Personality Disorder Assessments with Longitudinal Data"

American Journal of Psychiatry 145: 1297-1299.

SKODOL A.E. (1989)

Personality Disturbances

EN: Skodol, A.E.

Problems in Differential Diagnosis From DSM-III to DSM-III-R in Clinical Practice.

American Psychiatric Press INC., Washington, 373-424.

SKODOL A.E., OLDHAN J.M. (1991)

"Assessment and Diagnosis of Borderline Personality Disorder"

Hospital and Community Psychiatry 42,10: 1021-1028.

SOLOMON L.F., ZLOTOWSKI M. (1964)

"The Relationship Between the Elgin and the Phillips Measures of Process-Reactive Schizophrenia"

Journal of Nervous Mental Disease 138: 32-37.

SORENSEN D.J., PAUL G.L., MARIOTTO M.J. (1988)

"Inconsistencies in Paranoid Functioning, Premorbid Adjustment and Cronicity: Question of Diagnostic Criteria"

Schizophrenia Bulletin 14: 323-336.

SPITZER, R.L., ENDICOTT J., GIBBON M. (1979)

"Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia"

Archives of General Psychiatry 365: 17-24.

SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B.W., GIBBON, M., FIRST, M.B. (1990-a)
Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)
Version 1.0

American Psychiatric Press, Washington DC.

SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B.W., GIBBON, M., FIRST, M.B. (1990-b)
Structured Clinical Interview for DSM-III-R

American Psychiatric Press, Washington DC.

SPITZER, R.L., WILLIAMS, J.B.W., GIBBON, M., FIRST, M.B. (1993)
Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID)

Edika-Med, S.L., Barcelona.

SQUIRES-WHEELER E., SKODOL A.E., BASSETT A. (1989)

"DSM-III-R Schizotypal Personality Traits in Offspring of Schizophrenic Disorder, Affective Disorder, and Normal Control Parents"

Journal of Psychiatric Research 23: 229-239.

STANGL D., PFOHL B., ZIMMERMAN M., BOWERS W., CORENTHAL C. (1985)

"A Structured Interview for the DSM-III Personality Disorders"

Archives of General Psychiatry 42: 591-596.

SIEINER J. (1991)

"A Psychotic Organization of the Personality"

Int.J. Psycho-Anal. 72: 201-207.

STEKETEE G. (1990)

"Personality Traits and Disorders in Obsessive-Compulsives"

Journal of Anxiety Disorders 4: 351-364.

STONE M.H. (1985)

"Schizotypal Personality: Psychotherapeutic Aspects"

Schizophrenia Bulletin 1985 11,4: 576-589.

STONE M.H. (1991)

"The Psychodynamics of Schizophrenia II"

EN: Honells J.

The Concepts of Schizophrenia.

American Psychiatric Press, Washington, 153-201.

STONE M.H. (1993)

"Long-Term Outcome in Personality Disorders"

British Journal of Psychiatry 162: 299-313.

- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. (1972)
 "The Prediction of Outcome in Schizophrenia, I: Characteristics of Outcome"
Archives of General Psychiatry 27: 739-746.
- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. (1974)
 "The Prediction of Outcome in Schizophrenia: II Relationships Between Predictor and Outcome Variables: A Report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 31: 37-42.
- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. (1977)
 "Prediction of Outcome in Schizophrenia: III Five Years Outcome and its Predictors"
Archives of General Psychiatry 34: 159-163.
- STRAUSS J.S., CARPENTER W.T. (1981)
Schizophrenia
 Plenum Publishing C., New York.
- STRAUSS J.S., KLORMAN R., KOKES R.F. (1977)
 "Premorbid Adjustment in Schizophrenia... Part V. The Implications of Findings for Understanding, Research, and Application"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 240-244.
- STRAUSS J.S., KOKES R.F., KLORMAN R., SACKSTEDER J.L. (1977)
 "Premorbid Adjustment in Schizophrenia: Concepts Measures and Implications Part I. The Concept of Premorbid Adjustment"
Schizophrenia Bulletin 3,2: 182-185.
- TERKELSEN K.G., SMITH T., GALLAGHER R.E., SCHWARTZ F., McCARTHY R.H., MUNICH R.L. (1991)
 "Schizophrenia and Axis II"
Hospital and Community Psychiatry 42,5: 538.
- THAKER G., ADAMI H., MORAN M., LAHTI A., CASSADY S. (1993)
 "Psychiatric Illnesses in Families of Subjects with Schizophrenia-Spectrum Personality Disorders: High Morbidity Risks for Unspecified Functional Psychoses and Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 150: 66-71.
- THOMPSON, W.R. (1968)
 EN: Borgatta, E.F., Lambert, W.W.
Handbook of Personality Theory and Research
 Rand McNally y Company, Chicago.

- TIEN A.Y., EATON W.W. (1992)
 "Psychopathologic Precursors and Sociodemographic Risk Factors for the Schizophrenia Syndrome"
Archives of General Psychiatry 49: 37-46.
- TORGERSEN S. (1984)
 "Genetic and Nosological Aspects of Schizotypal and Borderline Personality Disorders"
Archives of General Psychiatry 41: 546-554.
- TORGERSEN S. (1985)
 "Relationship of Schizotypal Personality Disorder to Schizophrenia: Genetics"
Schizophrenia Bulletin 11,4: 554-563.
- TORGERSEN, S., ONSTAD, S., SKRE, I., EDUARDBSEN, J., KRINGLEN, E. (1993)
 "True Schizotypal Personality Disorder: A Study of Co-twins and Relatives of Schizophrenic Probands"
American Journal of Psychiatry 150: 1661-1667.
- TRAVIN S., PROTTER B. (1982)
 "Mad o Bad? Some Clinical Considerations in the Misdiagnosis of Schizophrenia as Antisocial Personality Disorder"
American Journal of Psychiatry 139,10: 1335-1338.
- TRULL T.J., WIDIGER T.A., FRANCES A.J. (1987)
 "Covariation of Criteria Sets for Avoidant, Schizoid, and Dependent Personality Disorders"
American Journal of Psychiatry 144: 767-771.
- TYRER P., CASEY P., FERGUSON B. (1991)
 "Personality Disorder in Perspective"
British Journal of Psychiatry 159: 463-471.
- TYRER P., FERGUSON B. (1987)
 "Problems in Classification of Personality Disorders"
Psychological Medicine 17: 15-20.
- TYRER P., SEIVEWRIGHT, FERGUSON B., TYRER J. (1992)
 "The General Neurotic Syndrome: A Coaxial Diagnosis of Anxiety, Depression and Personality Disorder"
Acta Psychiatrica Scandinavica 85: 201-206.
- VAILLANT G.E. (1964)
 "An Historical Review of the Remitting Schizophrenias"
Journal of Nervous and Mental Disease 138: 48-56.

- VAILLANT G.E., PERRY J.C. (1989)
"Trastornos de la Personalidad"
EN: Kaplan H.I., Sadock B.J.
Tratado de Psiquiatria.
Salvat Ed., Barcelona, 2ª Ed. (4ª Ed. original, 1985).
- VALDES M. (1984)
"Esquizofrenia: Personalidad Premórbida"
Phronesis 5,6: 381-383.
- VENABLES P.H. (1988)
"Childhood Markers for Adult Disorders"
Journal of Child Psychology and Psychiatry 30: 147-364.
- VIZE, C., TYRER, P. (1994)
"The Relationship Between Personality and other Psychiatric Disorders".
Current Opinion in Psychiatry 7: 123-128.
- VOELLER K.K.S. (1986)
"Right-Hemisphere Deficit Syndrome in Children"
American Journal of Psychiatry 143: 1004-1009.
- WALKER E., SHAYE J. (1982)
"Familial Schizophrenia: A Predictor of Neuromotor and Attentional Abnormalities in Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 39: 1153-1156.
- WEINBERGER D.R. (1987)
"Implications of Normal Brains Development for the Pathogenesis of Schizophrenia"
Archives of General Psychiatry 44: 660-669.
- WEINBERGER D.R., CANNON-SPOOR H.E., POTKIN S.G., WYATT R.J. (1980)
"Poor Premorbid Adjustment and C.T. Span Anomalies in Chronic Schizophrenia"
American Journal Psychiatry 137: 1410-1415.
- WEINTRAUB S., MESULAM M.M. (1983)
"Developmental Learning Disabilities of the Right Hemisphere: Emotional, interpersonal, and Cognitive Components"
Archives of Neurology 40: 463-468.
- WEISSMAN M.M., SHOLOMSKAS D., JOHN K. (1981)
"The Assessment of Social Adjustment, An Update"
Archives of General Psychiatry 1981, 38: 1250-1258.

- WIDIGER T.A., COSTA P.T. (1994)
"Personality and Personality Disorders"
Journal of Abnormal Psychology 103,1: 78-91.
- WIDIGER T.A., FRANCES A.J. (1985)
"The DSM-III Personality Disorders Perspectives from Psychology"
Archives of General Psychiatry 1985, 42: 615-623.
- WIDIGER T.A., FRANCES A.J. (1989)
"Trastornos de Personalidad"
EN: Talbott, J.A., Hales R.E. Yudofsky, S.C.
The American Psychiatric Press, Tratado de Psiquiatría
Ancora S.A. Ed., Barcelona, 1ª Ed. 613-640.
- WIDIGER T.A., FRANCES A., SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W. (1988)
"The DSM-III-R Personality Disorders: An Overview"
American Journal of Psychiatry 145: 786-795.
- WIDIGER T.A., GUNDERSON J.G. (1992)
"Severe Personality Disorders (Foreword to Section I)"
EN: Tasman A. Riba M.A.
American Psychiatry Press, Review of Psychiatry Vol. 11. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 5-8.
- WIDIGER T., TRULL T., HURT S., CLARKIN J., FRANCES A. (1987)
"A Multidimensional Scalling of the DSM-III Personality Disorders"
Archives of General Psychiatry 44: 557-563.
- WIDIGER T.A., WEISMAN M.M. (1991)
"Epidemiology of Borderline Personality Disorder"
Hospital and Community Psychiatry 42,10: 1015-1021.
- WILLIAMS A.O., REVELEY M.A., KOLAKONSKA T., ARDERN M.,
MANDELBROTE B.M. (1985)
"Schizophrenia with Good and Poor Outcome II: Cerebral Ventricular Size and its
Clinical Significance"
British Journal of Psychiatry 146: 239-246.
- WITTMAN M.P. (1941)
"A Scale for Measuring Prognosis in Schizophrenic Patients"
Elgin State Hospital Paper 4: 20-33.
- WITTMAN M.P., STEINBERG D.L. (1944)
"Follow-up of an Objective Evaluation of Prognosis in Dementia Praecox and
Manic-Depressive Psychoses"
Elgin State Hospital Paper 5: 216-227.

- WOLFF S. (1991-a)
 "Schizoid Personality in Childhood and Adult Life I: The Vagaries of Diagnostic Labelling"
British Journal of Psychiatry 159: 615-620.
- WOLFF S. (1991-b)
 "Schizoid Personality in Childhood and Adult Life III: The Childhood Picture"
British Journal of Psychiatry 159: 629-635.
- WOLFF S., CHICK J. (1980)
 "Schizoid Personality in Childhood: A Controlled Follow-up Study"
Psychological Medicine 10: 85-100.
- WOLF S., CULL A. (1986)
 "Schizoid Personality and Antisocial Conduct: A Retrospective Case Note Study"
Psychological Medicine 16: 677-687.
- WOLFF S., TOWNSHEND R., McGUIRE R.J., NEERS J. (1991)
 "Schizoid Personality in Childhood and Adult life II: Adult Adjustment and the Continuity with Schizotypal Personality Disorder"
British Journal of Psychiatry 159: 620-629.
- YLLA L. (1993)
 "Los Trastornos de Personalidad"
Psiquis Supl. 1: 1-14.
- ZANARINI M.C. GUNDERSON J.G., FRANKENBURG F.R. CHAUNCEY D.L. GLUTTING J.H. (1991)
 "The Face Validity of the DSM-III and DSM-III-R Criteria Sets for Borderline Personality Disorder"
American Journal of Psychiatry 148: 870-874.
- ZIGLER E., LEVINE J. (1973)
 "Premorbid Adjustment and Paranoid Nonparanoid Status in Schizophrenia. A Further Investigation"
Journal Abnormal Psychologie 82: 189-199.
- ZIGLER E., LEVINE J., ZIGLER B. (1977)
 "Premorbid Social Competence and Paranoid-nonparanoid Status in Female Schizophrenic Patients"
Journal of Nervous and Mental Disease 164: 333-339.
- ZIGLER E., GLICK M., MARSH A. (1979)
 "Premorbid Social Competency and Outcome Among Schizophrenic and Nonschizophrenic Patients"
Journal of Nervous and Mental Disease 167: 478-483.

ZIMMERMAN M., CORYELL W. (1989)
"DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample: Demographic Correlates and Comorbidity"
Archives of General Psychiatry 46: 682-689.

ZIMMERMAN M., CORYELL W. (1990)
"Diagnosing Personality Disorders in the Community. A Comparison of Self-Report and Interview Measures"
Archives of General Psychiatry 1990, 47: 527-531.

ZIMMERMAN, M., PFOHL, B., CORYELL, W. (1990)
"Major Depression and Personality Disorder"
J. Affect. Disorders 22: 199-210.

ZIMMERMAN, M., PFOHL, B., STANGEL, D., CORENTAL, C. (1986)
"Assessment of DSM-III-R Personality Disorders: the Importance of Interviewing an Informant"
Journal of Clinical Psychiatry 47: 261-263.

ZISOOK, S., HEATON, R., MORANVILLE, J.M KUCK J., JERNIGAN, T., BRAFF D. (1992)
"Past Substance Abuse and Clinical Course of Schizophrenia"
American Journal of Psychiatry 149: 552-553.

ZUBIN, J., MAGAZINER, J., STEINHAEUER, S.R. (1983)
"The Metamorphosis of Schizophrenia: From Chronicity to Vulnerability"
Psychological Medicine 13: 551-571.

ZUBIN J., SPRING B. (1977)
"Vulnerability a New View of Schizophrenia"
Journal Abnormal Psychology 86: 103-126.

ZUBIN J., STEINHAEUER S.R., CONDRAV R. (1992)
"Vulnerability to Relapse in Schizophrenia"
British Journal of Psychiatry 161 Supl. 18: 13-18.

ANEXO

HOSPITAL GENERAL GREGORIO MARAÑÓN

SERVICIO DE PSIQUIATRIA II

Prof. Dr. CALCEDO

ESCALA

DE AJUSTE PREMÓRBIDO

Cannon-Spoor, Potkin, Wyatt, 1982

INFANCIA
(Hasta los 11 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento, y frecuentemente se procura contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a tener fantasías excesivas, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACION CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- (0) Estudiante excelente.
- (1)
- (2) Buen estudiante.
- (3)
- (4) Estudiante regular.
- (5)
- (6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- (1)
- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos o son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas.
- (3)
- (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.
- (5)
- (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

(12 a 15 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

(0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.

(1)

(2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.

(3)

(4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.

(5)

(6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACION CON LOS COMPAÑEROS

(0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.

(1)

(2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.

(3)

(4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.

(5)

(6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

(0) Estudiante excelente.

(1)

(2) Buen estudiante.

(3)

(4) Estudiante regular.

(5)

(6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

(0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.

(1)

(2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos o son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas.

(3)

(4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.

(5)

(6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.

5. ASPECTOS SOCIO-SEXUALES DE LA VIDA DURANTE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

(0) Inicio de relaciones, mostrando un "sano interés" por el sexo opuesto. Puede haber establecido relaciones, puede incluir alguna actividad sexual.

(1) Afecto e interés por los demás, puede ser por individuos del mismo sexo, puede estar integrado en un grupo. Interesado en el sexo opuesto, aunque no haya establecido relaciones afectivas íntimas. *Relaciones afectivas con alguien del sexo opuesto, enamoramientos y galanteos.*

(2) Considerable interés por individuos del mismo sexo y escaso o nulo por los del sexo opuesto.

(3) Relaciones casuales con individuos del mismo sexo, intentos inadecuados de establecer relación con individuos del sexo opuesto. Contactos casuales con ambos sexos.

(4) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, sin interés por el sexo opuesto.

(5) Solitario. Excepcionales o inexistentes contactos con chicos o chicas.

(6) Antisocial, evita y es evitado por sus compañeros (difiere del anterior en que hay una evitación activa de los demás y no sólo un aislamiento pasivo).

ADOLESCENCIA TARDIA
(16 a 18 años)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACION CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- (0) Estudiante excelente.
- (1)
- (2) Buen estudiante.
- (3)
- (4) Estudiante regular.
- (5)
- (6) Fracaso global.

4. ADAPTACION ESCOLAR

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
- (1)
- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no novillos o son raros. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas.
- (3)
- (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, novillos frecuentes, así como problemas de disciplina.
- (5)
- (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.

5. ASPECTOS SOCIALES DE LA VIDA SEXUAL DURANTE LA ADOLESCENCIA E INMEDIATAMENTE DESPUES

(0) Siempre mostro un "sano interés" por el sexo opuesto, ha establecido "relaciones", ha mantenido relaciones sexuales (no necesariamente coitales).

(1) Regularmente comprometido. Tuvo sólo un amigo del sexo opuesto con quien el paciente mantuvo "relaciones" durante largo tiempo. (Incluyendo los aspectos sexuales de la relación, aunque no necesariamente el coito; pero dentro de la pareja, lo que lo distingue del siguiente).

(2) Estrechamente relacionado con chicos y chicas (incluye ser miembro de un grupo, interés y acercamiento por los demás, sin parejas).

(3) Interés profundo y consistente en el acercamiento a individuos del mismo sexo, con interés escaso o nulo en el sexo opuesto.

(4) Acercamientos casuales a individuos del mismo sexo y tentativas inadecuadas de salir con el sexo opuesto. Contactos casuales con chicos y chicas.

(5) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, y pérdida de interés en el sexo opuesto.

(6) No deseos de estar con chicos y chicas, nunca ha salido con individuos del sexo opuesto.

EDAD ADULTA
(19 años y siguientes)

1. SOCIABILIDAD Y AISLAMIENTO

- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
- (1)
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
- (3)
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (5)
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. RELACION CON LOS COMPAÑEROS

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
- (1)
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
- (3)
- (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.
- (5)
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. ASPECTOS DE LA VIDA SOCIO-SEXUAL ADULTA

a. Casado, actualmente o con anterioridad.

- (0) Casado (ó pareja estable), sólo un matrimonio (o se volvió a casar tras enviudar). Relaciones sexuales adecuadas.
- (1) Actualmente casado, con historia de baja motivación sexual, periodos de dificultades en las relaciones sexuales, ó relaciones extraconyugales.
- (1) Casado más de una vez, actualmente vuelto a casar. Adecuadas relaciones sexuales durante al menos un matrimonio.
- (2) Casado, o divorciado y vuelto a casar. Con vida sexual crónicamente insatisfactoria.
- (2) Casado, y aparentemente permanece separado o divorciado sin volverse a casar, pero ha mantenido un hogar en alguno de los matrimonios al menos durante tres años.
- (3) Casado, y aparentemente permanece separado o divorciado sin volverse a casar, pero el divorcio ocurrió hace 3 ó mas años y mientras estuvo casado mantuvo el hogar menos de 3 años.

b. No casado y mayor de 30 años.

- (2) Ha estado comprometido una o más veces o ha tenido una relación de al menos 2 años, incluyendo relaciones hetero u homosexuales, o aparentes evidencias de affair amoroso con una persona, pero incapaz de conseguir un compromiso a largo plazo tal como un matrimonio.
- (3) Relaciones heterosexuales u homosexuales durante más de 6 meses, pero menos de 2 años. (Si es estable, una relación homosexual más de dos años puntuar como "2").
- (4) Experiencias de noviazgo breves o de corto plazo (Hetero u homosexuales) con una o más parejas, pero sin experiencia sexual de larga duración con una única pareja.
- (5) Las relaciones sexuales y/o sociales son raras y poco frecuentes.
- (6) Interés sexual o social mínimo por cualquier hombre o mujer. Aislado.

c. Nunca casado, edad entre 20 y 29 años.

- (0) Ha tenido al menos una relación amorosa de larga duración (mínimo de 6 meses) o un compromiso, incluso aunque las ideas religiosas u otras prohibiciones o inhibiciones han impedido la unión sexual. Pueden haber vivido juntos.
- (1) Ha estado activamente comprometido, ha tenido varios novios o novias, algunas relaciones han durado unos meses, pero no ha habido relaciones duraderas. Las relaciones pueden haber sido "serias", pero no se han planteado compromisos a largo plazo tales como el matrimonio y si se han planteado han sido una eventualidad.
- (2)
- (3) Breves experiencias de noviazgo o relaciones con uno ó más compañeros, pero sin experiencias sexuales de larga duración con un único compañero/ra.
- (4) Relaciones sexuales o sociales casuales con personas de cualquier sexo sin vínculos emocionales profundos.
- (5) Relaciones sexuales y/o sociales raras o poco frecuentes.
- (6) Interés sexual o social mínimo hacia cualquier hombre o mujer. Aislado.

GENERAL

1. EDUCACION

- (0) Ha completado estudios superiores y/o universitarios de grado medio o superior.
- (1) Ha completado el bachillerato y algún otro estudio u oficio (tales como secretariado, programador, etc.).
- (2) Ha completado el bachillerato.
- (3)
- (4) Ha completado EGB.
- (5)
- (6) No ha completado ningún curso más allá de 5° de EGB.

2. DURANTE UN PERIODO DE TRES AÑOS A SEIS MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACION O COMIENZO DEL PRIMER EPISODIO, EL PACIENTE TUVO UN EMPLEO REMUNERADO O CURSO ESTUDIOS.

- (0) Todo el tiempo.
- (1)
- (2) La mitad del tiempo
- (3)
- (4) Un breve periodo, sobre el 25% del tiempo.
- (5)
- (6) Nunca.

3. DENTRO DEL PERIODO DE UN AÑO A SEIS MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACION O PRIMER EPISODIO LOS CAMBIOS EN SU RENDIMIENTO LABORAL O ESCOLAR OCURRIERON

- (0) Bruscamente.
- (1)
- (2) A lo largo de tres meses.
- (3)
- (4) A lo largo de seis meses.
- (5)
- (6) Imperceptiblemente, dificultad o imposibilidad para determinar el comienzo del deterioro.

4. DURANTE UN PERIODO DE 3 AÑOS A 6 MESES ANTES DE LA PRIMERA HOSPITALIZACION O PRIMER EPISODIO, CAMBIÓ CON FRECUENCIA DE TRABAJO, SI ESTABA TRABAJANDO, O INTERRUMPIA SU ASISTENCIA A LA ESCUELA

- (0) Mantuvo el mismo trabajo, o continuó en la escuela.
- (1)
- (2) En 2 ó 3 ocasiones cambió de trabajo o interrumpió el colegio.
- (3)
- (4) Mantuvo el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o permaneció continuamente en la escuela durante el mismo periodo.
- (5)
- (6) Menos de 2 semanas en un trabajo o en la escuela.

5. INDEPENDIZACION

- (0) Establece su residencia fuera del hogar familiar con éxito, independencia económica de los padres.
- (2) Ha realizado intentos de vivir independientemente sin éxito, vive en el hogar paterno, pero les paga su manutención, por lo demás es independiente económicamente.
- (4) Vive en el hogar paterno, es mantenido por sus padres aunque es independiente para sus gastos (entretenimeinto, ropa, etc.).
- (6) No hace intentos de dejar el hogar o de ser económicamente independiente.

6. VALORACION GLOBAL DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO MAXIMO ALCANZADO EN LA VIDA DEL PACIENTE.

- (0) Enteramente capaz de funcionar sin problemas y disfrutar de 1- el colegio o el trabajo, 2- amigos, 3- relaciones sexuales íntimas, 4- religión, hobbies, etc. Disfruta de la vida y resuelve las situaciones con éxito.
- (2) Capaz de funcionar bien y disfrutar de varias esferas de la vida, pero fracasa en al menos una.
- (4) Mínimo éxito y placer en tres áreas de la vida.
- (6) Incapaz de desenvolverse o disfrutar en cualquier aspecto de la vida.

7. ADAPTACION SOCIO-PERSONAL

- (0) Lider o cabecilla de grupos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas en el Instituto, Escuelas Profesionales, la Universidad, o en el comienzo de la vida adulta. Mantiene relaciones estrechas de amistad.
- (1) Participa de forma activa e interesada pero sin ser lider en grupos de amigos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas. Mantiene también relaciones estrechas de amistad.
- (2) Es miembro nominal pero no está implicado ni comprometido en grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc. Tiene relaciones estrechas con pocos amigos.
- (3) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha tenido pocos y ocasionales amigos.
- (4) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana no ha tenido amigos de verdad, sólo relaciones superficiales.
- (5) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha sido reservado, solitario, ha preferido estar solo, ha realizado mínimos esfuerzos para relacionarse con otras personas.
- (6) No desea estar con compañeros ni con la gente. Asocial o antisocial.

8. GRADO DE INTERÉS POR LA VIDA

- (0) Entusiasta, ambicioso en cualquiera de lo siguiente: hogar, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales domésticos, plantas, actividades, sociales, música y teatro.
- (2) Grado moderado de interés en varias actividades incluyendo reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- (4) Interés discreto en unas pocas cosas tales como trabajo, familia; reuniones sociales restringidas. El interés apenas se mantiene.
- (6) Aislado e indiferente frente a los intereses vitales de la mayoría de la gente. Sin intereses profundos en nada.

9. NIVEL DE ACTIVIDAD ('ENERGIA')

- (0) Muy motivado, entusiasta, activo, interés vivo por la vida. Le gusta la vida y tiene energías suficientes para disfrutarla. Extrovertido y adecuado en las reuniones.
- (2) Motivación moderadamente adecuada, energía e interés como se ha descrito arriba.
- (4) Nivel de energía moderadamente inadecuado. Tendencia a la sumisión y a las reacciones pasivas. Mostraba capacidad potencial para afrontar los problemas de la vida, pero prefería evitarlo antes que esforzarse.
- (6) Sumiso, incapaz, reacciones pasivas. Poco agarra en la vida, no sabe solucionar los problemas de su vida, no participa activamente, pero acepta pasivamente su suerte sin tener energías para ayudarse a si mismo.

ANEXO II

RASGOS ANORMALES Y CRITERIOS DE LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGUN LA DSM-III-R. CRITERIOS EXIGIDOS POR EL SCID-II

Todos ellos son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el medio ambiente, que tienen un carácter inflexible y desadaptativo, causando incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO A (Excéntricos o extraños)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 4 de los siguientes criterios.

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1º.-El sujeto no desea ni disfruta de las relaciones íntimas, ni incluso de formar parte de una familia.

2º.-Casi siempre escoge actividades solitarias.

3º.-Casi nunca pretende o aparenta sentir emociones fuertes, como ira o alegría.

4º.-Su deseo de tener relaciones sexuales con otra persona (teniendo en cuenta la edad) es escaso o nulo.

5º.-Es indiferente a la alabanza y a la crítica de los demás.

6º.-No tiene amigos íntimos o confidentes (o sólo uno) al margen de los parientes de primer grado.

7º.-Tiene una afectividad limitada.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

El paciente reconoce el rasgo.

Elige casi siempre trabajar y disfrutar del ocio en soledad.

Reconoce la ausencia de emociones fuertes, y no sólo su expresión limitada.

El paciente reconoce el rasgo.

Asegura ser indiferente a la alabanza y a la crítica.

Ninguno o sólo uno.

Observado durante la entrevista o en nuestro caso reconocido por familiares

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1º.-Ideas de referencia (no delirantes)

2º.-Ansiedad social excesiva como puede ser un malestar intenso en aquellas situaciones sociales que supongan un contacto con gente desconocida.

3º.-Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye sobre la conducta y que es discrepante con las normas subculturales.

4º.-Experiencias perceptivas inusuales (Ilusiones, sensaciones de presencia de personas que no están físicamente presentes)

5º.-Conducta o apariencia extraña o excéntrica.

6º.-Carencia de amigos o confidentes íntimos (o tienen sólo uno, al margen de los parientes de primer grado).

7º.-Lenguaje extraño (sin pérdida de las asociaciones o incoherencia).

8º.-Afectividad inapropiada o limitada.

9º.-Suspición o ideación paranoide.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Varios ejemplos del rasgo.

Afirma que se siente mucho más nervioso que la mayor parte de la gente en situaciones sociales, o da ejemplos de ansiedad claramente exagerada.

Varios ejemplos de tales fenómenos con influencia en la conducta.

Varios ejemplos de experiencias perceptivas inusuales no debidas a drogas ni a trastornos físicos.

Observado durante la entrevista (En nuestro caso informado por los familiares).

Ninguno o sólo uno.

Observado durante la entrevista (En nuestro caso informado por los familiares).

Observado durante la entrevista (En nuestro caso informado por los familiares. Cualquiera de los cinco primeros apartados paranoides.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD PARANOIDE

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 4 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-El sujeto cree ser explotado o perjudicado por los demás, sin base suficiente.

2°.-Se cuestiona sin razón la lealtad o amistad de amigos o personas próximas.

3°.-Interpreta injustificadamente como agresivos o amenazadores comentarios o acontecimientos inocentes.

4°.-Recuerda los agravios o no perdona los insultos o los desprecios.

5°.-Es reticente a confiar en los demás por su miedo injustificado a que la información puede ser utilizada en su contra.

6°.-Se siente fácilmente ofendido y reacciona rápidamente con ira o con agresividad.

7°.-Se cuestiona sin razón la fidelidad del cónyuge o del compañero sexual.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Varios ejemplos de suspicacia no razonable, o un ejemplo y reconoce el rasgo

Varios ejemplos, claramente sin justificación, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos de resentimiento persistente desproporcionado al daño recibido, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Reconoce que su reticencia a confiar en los demás se debe a desconfianza (no solo temor al rechazo).

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Con varias parejas o en muchas ocasiones con la misma pareja.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO B (Dramáticos, emotivos y volubles)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIONICO

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de la personalidad se requiere que cumpla al menos 4 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-Busca o solicita apoyo, aprobación o alabanza constantemente.

2°.-Es sexualmente seductor de manera inapropiada en su apariencia o conducta.

3°.-Está exclusivamente preocupado por su atractivo físico.

4°.-Expresa las emociones con una exageración inapropiada.

5°.-Se encuentra incómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención.

6°.-Manifiesta cambios rápidos en la expresión de las emociones.

7°.-Está centrado en sí mismo y sus acciones están dirigidas a obtener satisfacción inmediata; no tolera la frustración ni la demora de las gratificaciones.

8°.-Su estilo de lenguaje es excesivamente impresionista y no incluye detalles.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Reconoce una búsqueda exagerada de alabanzas.

Reconoce que hay personas que le han hecho mención de ello, describe comportamiento inapropiado, o se observa conducta exageradamente seductora.

Reconoce sentirse muy molesto cuando no se encuentra atractivo, o dedica excesivo tiempo a cuidar de su aspecto.

Varios ejemplos de expresión inapropiada de las emociones no limitada a la ira.

Reconoce una gran incomodidad cuando no es el centro de la atención.

Observado durante la entrevista (en nuestro trabajo, informado por los familiares o allegados).

Reconoce intolerancia a la frustración y a la demora de la gratificación y da al menos un ejemplo.

Observado durante la entrevista (en nuestro trabajo, informado por los familiares o allegados).

TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1º.-El sujeto reacciona a las críticas con sentimientos de rabia, vergüenza o humillación (aunque no los exprese).

2º.-Tiende a la explotación interpersonal, es decir, se aprovecha de los demás para conseguir sus propios fines.

3º.-Posee un sentimiento grandioso de la propia importancia.

4º.-Considera que sus problemas son únicos y que pueden ser entendidos sólo por otros individuos también especiales.

5º.-Está preocupado por fantasías de éxito, poder, brillo, belleza o amor ideal ilimitados.

6º.-Posee un sentimiento de "categoría", es decir, una expectativa irrazonable de recibir un trato especialmente favorable.

7º.-Pide atención y admiración constantes.

8º.-Falta de empatía: incapacidad para reconocer y experimentar lo que los otros sienten.

9º.-Está preocupado por sentimientos de envidia.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Reconoce reacciones prolongadas a las críticas y da al menos un ejemplo.

Varios ejemplos de explotación de otras personas.

Pruebas de grandiosidad evidentes.

Insiste en acudir al máximo responsable incluso por problemas insignificantes.

Sueña despierto con frecuencia, en lugar de realizar la actividad adecuada.

Varios ejemplos.

Varios ejemplos de disgusto cuando no destaca ni se le admira, o reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o reconoci-miento directo de que la falta de empatía es característica.

Siente envidia con frecuencia.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización.

2°.-Impulsividad en al menos dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. (Ejemplos: despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas) (No se incluye la conducta suicida).

3°.-Inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad, o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días.

4°.-Ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso. Manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante o peleas físicas repetidas.

5°.-Amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o conductas automutilantes.

6°.-Trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo plazo o elección de carrera, tipo de amigos o valores que se desean.

7°.-Sentimiento crónico de vacío o aburrimiento.

8°.-Esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Una relación prolongada o varias relaciones más breves en las que el patrón alternante se produce por lo menos dos veces.

Varios ejemplos que indican un patrón de conducta impulsiva (no necesariamente limitada a los ejemplos).

Frecuentes oscilaciones del estado de ánimo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Dos o más veces (en ausencia de depresión mayor).

A menudo inseguro sobre la identidad, y no solo circunscrito a un período de tiempo. (No incluir la incertidumbre normal del adolescente en torno a estos temas).

Reconoce sentirse aburrido o vacío a menudo.

Al menos dos ejemplos.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 3 de las características del criterio B y 4 de las del criterio C:

CRITERIO B (TRASTORNO DE CONDUCTA EN LA INFANCIA) -Antes de los 15 años-

1º.-Absentismo escolar frecuente.

2º.-Huidas de casa por la noche, por lo menos dos veces, viviendo con los padres o en un hogar adoptado (o una escapada sin regreso).

3º.-A menudo, ha iniciado peleas físicas.

4º.-Ha utilizado armas en más de una ocasión.

5º.-Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales.

6º.-Es físicamente cruel con los animales.

7º.-Es físicamente cruel con otra gente.

8º.-Destrucción deliberada de la propiedad de otros (distinta del incendio).

9º.-Participación deliberada en incendios.

10º.-Mentiras frecuentes (distintas de las necesarias para evitar agresiones físicas o sexuales).

11º.-Robos sin enfrentamientos con la víctima en más de una ocasión (incluyendo falsificaciones).

12º.-Robos enfrentándose a la víctima (amenazas, tirones, chantajes, robo armado).

CRITERIO C -A partir de los 15 años-

1º.-Incapacidad para mantener una conducta laboral o escolar consistente, puesta de manifiesto por alguna de las siguientes manifestaciones:-Desempleo significativo durante 6 meses o más en un período de 5 años, cuando se supone que puede trabajar y hay disponibilidad laboral.

-Ausencias repetidas del trabajo, inexplicadas por enfermedad propia o familiar.

-Abandono de diversos trabajos sin planes realistas para obtener otros.

2º.-Fracaso en adaptarse a las normas sociales con respecto a la conducta legal, puesta de manifiesto por el hecho de llevar a cabo repetidamente actos antisociales que pueden ser motivo de arresto (tanto si ha sido detenido como si no).

3º.-Irritable o agresivo tal como se pone de manifiesto por luchas o ataques físicos repetidos. Se incluyen también los malos tratos a la pareja y a los hijos.

4º.-Fracasos repetidos en el cumplimiento de las obligaciones económicas (impago de deudas, incapacidad para mantener a los hijos o cualquier persona que habitualmente dependa del sujeto).

5º.-Fallos para planificar y actuaciones impulsivas, puestas de manifiesto por una o las dos condiciones siguientes:-Viajar de un sitio a otro sin tener trabajo fijo u objetivos claros o una idea clara sobre cuando va a terminar el viaje.
-Falta de dirección fija durante un mes o más.

6º.-Ausencia de interés por la verdad, puesta de manifiesto por mentiras repetidas, uso de alias, o bromas a los demás realizadas para provecho o placer personal.

7º.-Despreocupación por la seguridad propia o la de los demás, puesta de manifiesto por ejemplo al conducir intoxicado o ir a velocidad inadecuada.

8º.-Cuando actúa como padre o como cuidador carece de la capacidad para actuar de manera responsable.

9º.-No ha mantenido una relación totalmente monogámica durante más de un año.

10º.-Ausencia de remordimientos (encuentra justificación para dañar, maltratar o robar a los demás).

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO C (Temerosos y ansiosos)

TRASTORNO DE PERSONALIDAD EVITATIVA

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 4 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-El sujeto es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación.

2°.-Carece de amigos o confidentes íntimos (o sólo tiene uno), al margen de los parientes de primer grado.

3°.-No desea relacionarse con la gente a no ser que esté totalmente seguro de ser bien aceptado.

4°.-Evita las actividades sociales o profesionales que supongan un contacto inter-personal significativo.

5°.-Se encuentra violento en las situaciones sociales debido al miedo a decir algo tonto o inapropiado o de ser incapaz de responder a alguna pregunta.

6°.-Tiene miedo a quedar en ridículo ante los demás por el hecho de sonrojarse, llorar o manifestar signos de ansiedad.

7°.-Exagera las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos implícitos en cualquier actividad al margen de la rutina habitual.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Muchos ejemplos de sentirse herido ante la más mínima crítica o desaprobación, o un ejemplo y el sujeto indica que sucede con frecuencia.

Ninguno o sólo uno.

Casi nunca toma la iniciativa para entablar relaciones sociales.

Suele evitar situaciones sociales o profesionales en las que se espera reciprocidad en la conversación.

Reconoce que casi siempre se siente violento ante los demás (excepto los amigos íntimos).

Admite temor frecuente a que otros observen signos de ansiedad, llanto o rubor.

Varios ejemplos de evitación de actividades que casi todo el mundo considera seguras o que apenas requieren esfuerzo.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-El sujeto es incapaz de tomar las decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos o recomendaciones por parte de los demás.

2°.-Permite que los demás tomen la mayor parte de las decisiones importantes.

3°.-Tiende a estar de acuerdo con los demás, incluso cuando están equivocados por el temor a sentirse rechazado.

4°.-Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por propia iniciativa.

5°.-Acepta hacer voluntariamente cosas desagradables para él, con el fin de agradar a los demás.

6°.-Se siente incómodo o desvalido cuando se encuentra solo y hace grandes esfuerzos por evitar esa situación.

7°.-Se siente devastado y desvalido cuando terminan las relaciones íntimas.

8°.-Se preocupa con frecuencia con el temor de ser abandonado.

9°.-Es fácilmente herido por las críticas o la desaprobación.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Reconoce que le ocurre prácticamente a diario.

Varios ejemplos (no incluye la simple obtención de consejos de los demás o pautas de conducta propias de la subcultura).

Varios ejemplos o admite el rasgo (no solamente mantenerse callado).

Reconoce que casi siempre evita iniciar actividades o trabajar de modo independiente, y da al menos un ejemplo.

Varios ejemplos o admite que sucede a menudo (No incluye comportamiento destinado a lograr objetivos distintos al de agradar).

Reconoce que a menudo se angustia cuando está solo, o hace esfuerzos considerables para evitar esa situación.

Reconoce que así ocurre cuando terminan casi todas las relaciones íntimas.

Señala que le preocupa continuamente la posibilidad de ser abandonado.

Muchos ejemplos de sentirse herido ante la más mínima crítica o desaprobación, o un ejemplo y el sujeto indica que sucede con frecuencia.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-Perfeccionismo que interfiere con la ejecución de las tareas.

2°.-Preocupación por los detalles, normas, listas, órdenes, organizaciones y horarios hasta el extremo de que se pierde casi todo el tiempo en eso.

3°.-Insistencia irrazonable en que los demás hagan las cosas exactamente de acuerdo con sus ideas o una reticencia también irrazonable a permitir que los otros hagan las cosas, debido al convencimiento de que no las harían correctamente.

4°.-Excesiva devoción al trabajo y a la productividad, con exclusión de amistades y actividades recreativas (que no se explica además por necesidades económicas obvias).

5°.-Indecisión: La toma de decisiones se evita, se pos-pone o se delega. El individuo no puede hacer las cosas a su debido tiempo porque pierde una gran cantidad de él pensando en las posibles prioridades (se excluye la indecisión debida a una necesidad excesiva de consejos o de recomendaciones por parte de los demás).

6°.-El sujeto es excesivamente consciente, escrupuloso, e inflexible sobre materias de moral, ética o valores (no explicados por la identificación cultural o religiosa).

7°.-Expresión restringida de los afectos.

8°.-Falta de generosidad en el tiempo, en el dinero o en los regalos cuando no hay posibilidad de obtener ganancia personal.

9°.-Incapacidad para desechar los objetos usados o inútiles incluso cuando carecen de valor sentimental.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Varios ejemplos de tareas no terminadas o notablemente retrasadas a causa del perfeccionismo.

Varios ejemplos o admite el rasgo.

Al menos un ejemplo y reconoce que sucede a menudo.

Reconoce el rasgo o es comunicado por otros observadores.

Varios ejemplos o reconoce indecisión frecuente.

Reconoce el rasgo o da varios ejemplos de obligarse a sí mismo u obligar a otros a mantener normas morales exageradamente elevadas.

Reconoce que rara vez demuestra sentimientos afectuosos.

Mucho más que la mayoría de las personas.

Reconoce que este rasgo provoca un entorno atestado.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVO

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1°.-Retrasos o demoras en la ejecución de las tareas, de modo que no se cumplan los plazos.

2°.-El sujeto se vuelve mal-humorado, irritable o discuti-dor cuando se le pide que haga algo que no quiere hacer.

3°.-Parece trabajar de un modo deliberadamente lento o hace mal las tareas que realmente no quiere hacer.

4°.-Protesta sin justifica-ción de que los demás le piden cosas irrazonables.

5°.-Evita las obligaciones pretendiendo que las ha "olvidado".

6°.-Cree que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan.

7°.-Se resiste a las sugerencias útiles de los demás para ser más productivo.

8°.-Malogra los esfuerzos de los demás al enlentecer la parte de trabajo que le corresponde.

9°.-Critica o se burla de manera irrazonable de las personas que tienen posiciones de autoridad.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Reconoce unos retrasos frecuentes, de modo que no se cumplen los plazos al realizar tareas solicitadas por terceros.

Al menos un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos de protestas injustificadas.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos de resistencia a sugerencias aparente-mente útiles o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Se considera "irrazonable" la falta casi constante de respeto por las personas en posiciones de autoridad.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD QUE REQUIERE MÁS ESTUDIOS

TRASTORNO DE PERSONALIDAD AUTODESTRUCTIVA

Para poder realizar el diagnóstico de trastorno de la personalidad se requiere que cumpla al menos 5 de los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL DSM-III-R

1º.-Elige personas o situaciones que conducen a la frustración, el fracaso, o a ser maltratado, incluso cuando podrían haberse escogido otras opciones mejores.

2º.-Rechaza o hace inútiles los intentos de ayuda de los demás.

3º.-Después de acontecimientos personales positivos responde con depresión, culpabilidad o con una conducta que ocasiona un daño.

4º.-Suscita respuestas de ira o de rechazo en los demás y luego se siente herido, frustrado o humillado.

5º.-Rechaza las ocasiones de experimentar satisfacción, o es reticente a reconocer que se divierte (a pesar de poseer unas habilidades sociales adecuadas y la capacidad para experimentar placer).

6º.-Fracasa en la consecución de etapas cruciales para sus objetivos personales a pesar de una demostrada capacidad para lograrlos.

7º.-Está desinteresado o rechaza a la gente que le trata habitualmente bien.

8º.-Se enzarza en un excesivo autosacrificio que no le es solicitado por los beneficiarios de esta conducta.

CRITERIOS DEL SCID-II PARA CONSIDERAR EL RASGO ANORMAL COMO PRESENTE

Varias relaciones o situaciones (o una prolongada, es decir, de duración no inferior a 5 años.

Suele rechazar la ayuda para no molestar a los demás, o varios ejemplos de cosas en que ha saboteado la ayuda.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos, o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Muchos objetivos importantes sin conseguir pese a la capacidad implícita.

Varios ejemplos o un ejemplo y reconoce el rasgo.

Varios ejemplos de autosacrificio no solicitado y no estimulado, o un ejemplo y reconoce el rasgo.