

ESQUIZOFRENIA: COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD COMO FACTORES DE RIESGO

Serafín LEMOS GIRALDEZ

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

RESUMEN

Se analiza la relación existente entre los rasgos de personalidad y la posterior aparición de la esquizofrenia. En primer lugar, se describen los puntos de vista categoriales y dimensionales que actualmente se discuten sobre la naturaleza de este trastorno, en la medida en que ambos posicionamientos representan dos concepciones opuestas que cuestionan o apoyan la existencia de relación entre personalidad y esquizofrenia; así como algunos puntos de vista sobre la etiología de este trastorno. Se analizan los criterios diagnósticos de la personalidad esquizotípica, matizando que en la noción de esta entidad diagnóstica han confluído dos corrientes diferentes. La primera es la conocida como «familiar» que acentúa los rasgos distintivos que se han observa-

do en familiares de esquizofrénicos con patología psicótica. La segunda constituye un enfoque «clínico» centrado en pacientes que, sin manifestar un diagnóstico típico de esquizofrenia, presentan de manera atenuada algunas características que forman parte de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Finalmente, se revisan las investigaciones longitudinales realizadas sobre cohortes de alto riesgo y se derivan algunas conclusiones en torno al conocimiento que actualmente se tiene sobre la relación personalidad-esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia. Personalidad. Factores de riesgo.

ABSTRACT

Schizophrenia: Personality components as risk factors.- The relatedness of premorbid personality traits to further onset of schizophrenic disorders is analyzed. Categorical and dimensional concepts of schizophrenia are first discussed, as a basis for opposite conceptualizations of possible relationship between personality and schizophrenia; besides some aetiological aspects of the disorder. Diagnostic criteria for schizotypal personality are then analyzed, arguing that two different trends have influenced our conceptuali-

zation of this diagnostic entity. The first is termed «familial» because of its emphasis on characteristic traits found in the deviant but nonpsychotic relatives of schizophrenics. The second or «clinical» approach focuses on patients who, though not classically schizophrenic, nonetheless demonstrate, in attenuated forms, features that are regarded as fundamental symptoms of schizophrenia. Finally, a revision is made of longitudinal research of high risk cohorts and some conclusions are derived from current knowledge about personality-schizophrenia relationship.

Key words: Schizophrenia. Personality. Risk factors.

El estudio de la relación o influencia de la personalidad en la aparición de la Esquizofrenia se presenta como un tema extraordinariamente complejo al requerir del investigador una previa disección y análisis pormenorizado del concepto y componentes de lo que se ha dado en llamar «personalidad», por un lado, así como un conocimiento objetivo y exento de conjeturas de la naturaleza de la Esquizofrenia y de las causas que la originan, por el otro. Hasta el momento estamos, probablemente, aún lejos de alcanzar acuerdos científicos que sean compartidos unánimemente por todos los investigadores con respecto a ambas cuestiones.

A las dificultades derivadas de la definición de conceptos, se añaden otras que dificultan notablemente la comprensión de las relaciones específicas entre los constructos de «Personalidad» y «Esquizofrenia». Aun en el supuesto de que se nos concediese la licencia de dar un salto gigantesco y nos situásemos en el plano teórico de que ambos constructos estuviesen claramente definidos, todavía se nos plantearían numerosos interrogantes a la hora de categorizar el impacto de los rasgos de la personalidad en la psicopatología esquizofrénica. Ante cualquier patrón de rasgos de personalidad que mostrase alguna relación con la Esquizofrenia, se exigiría, cuando menos, la formulación de las siguientes preguntas antes de llegar a alcanzar alguna conclusión válida: ¿Son los rasgos observados en un individuo o en una determinada muestra precursores etiológicos del trastorno esquizofrénico?; ¿son, tal vez, esos rasgos formas de comienzo del trastorno?; ¿son factores que influyen o modulan las características del trastorno, sin influencia etiológica?; ¿son, finalmente, factores generados por el propio trastorno? Ninguno de estos interrogantes ha sido, hasta hoy, contestado satisfactoriamente; lo cual debe ser tenido en mente a lo largo de esta discusión.

La ausencia de conocimientos definitivos sobre las relaciones entre personalidad y Esquizofrenia no debe impedirnos, sin embargo, avanzar en un objetivo que se presenta, a simple vista, razonable, como

es el suponer que determinados patrones de conducta, habilidades o rasgo de personalidad, deben influir tanto en la aparición como en la evolución y curso de un trastorno como la Esquizofrenia. Por otra parte, la identificación de las características pre-esquizofrénicas de la personalidad podría ser importante, al menos para una triple finalidad investigadora: 1. La posibilidad de establecer que los rasgos premórbidos de la personalidad guardan relación con aspectos esenciales de la psicopatología posterior, logrando así una mejor comprensión de la Esquizofrenia. 2. La utilidad de determinar los sujetos de riesgo, en el caso de que dichos rasgos fuesen suficientemente específicos, con el doble interés de la prevención y la investigación. 3. La relevancia de esas características de la personalidad en la búsqueda de las manifestaciones más sutiles del «genotipo esquizofrénico», habida cuenta que se ha propuesto que los rasgos esquizoides o esquizotípicos están presentes tanto en los futuros esquizofrénicos como en algunos de sus familiares no psicóticos (SMITH y FORREST, 1975; SHIELDS, HESTON y GOTTESMAN, 1975).

El estudio de la relación entre rasgos de personalidad y Esquizofrenia exige hacer una somera consideración conceptual de la Esquizofrenia y descripción de los aspectos etiológicos de este trastorno, en primer lugar, para avanzar posteriormente en la comprensión de los factores de riesgo de personalidad.

PUNTUALIZACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La ausencia de agentes causales precisos y bien controlados en la Esquizofrenia ha determinado una definición de este trastorno en función de determinados síntomas o alteraciones específicos, no siendo, curiosamente, ninguno de ellos exclusivo de esta entidad nosológica. Sin embargo, la presencia simultánea del conjunto de síntomas que configuran la Esquizofrenia es infrecuente en cualesquiera otras enfermedades o desórdenes conductuales. En este senti-

do, la categoría de Esquizofrenia no ha variado mucho desde la descripción realizada por KRAEPELIN, BLEULER o SCHNEIDER, como una entidad con un comienzo insidioso o agudo, que cursa de forma variable, generalmente por brotes, y con unos rasgos psicopatológicos que afectan fundamentalmente a los ámbitos cognitivo, afectivo y, en los casos de defecto, motivacional. La presencia de determinados síntomas accesorios diferencia los subtipos del trastorno. En la incesante búsqueda de síntomas patognomónicos de la Esquizofrenia y de criterios diagnósticos fiables, la concepción bleuleriana de distinguir síntomas fundamentales (como el autismo, aplanamiento afectivo y laxitud asociativa de ideas) y accesorios (como las alucinaciones o las ideas delirantes) entró en crisis después de una época de amplia difusión. La crítica principal a los síntomas fundamentales de BLEULER era la dificultad de definirlos operativamente y la consiguiente escasa fiabilidad diagnóstica que de ellos se desprendía (ANDREASEN y AKISKAL, 1983). Este movimiento crítico llevó en las décadas de los 60 y 70, en los países sajones, a la primacía de los conceptos de K. SCHNEIDER con sus síntomas de primer rango (diversos tipos de alucinaciones auditivas e ideas delirantes). Los principales sistemas diagnósticos recientes (PSE, RDC, DSM-III) se han basado fundamentalmente en la valoración de los llamados «síntomas positivos», de clara influencia schneideriana.

El diagnóstico de la Esquizofrenia ha originado numerosos sistemas de valoración en el presente siglo (LANDMARK, 1982) que no parecen dudar del carácter unitario del trastorno. Por otra parte, el estudio piloto llevado a cabo por la OMS en 1974 (OMS, 1976) parece reafirmar la validez del concepto unitario, habiéndose encontrado el mismo conjunto de síntomas, evaluado con técnicas fiables, en diversos países y culturas.

Desde el punto de vista que nos ocupa, de la relación existente entre los rasgos de la personalidad previa y la posterior aparición de la Esquizofrenia, es importante puntualizar que una supuesta relación de

continuidad entre las fases premórbida-mórbida-postmórbida constituye un posicionamiento que no ha sido compartido por todos los autores. Así, por ejemplo, JASPERS (1968) distinguió entre el llamado «proceso morboso» y el «desarrollo morboso». En su opinión un *proceso* se concibe como una enfermedad psíquica que conlleva un cambio irreversible, que afecta a la personalidad de modo más o menos definitivo y que produce un cambio que no puede ser inferido desde la personalidad previa y la biografía del sujeto. La Esquizofrenia es considerada por JASPERS como un proceso de estas características. Kurt SCHNEIDER (1959) también afirmó explícitamente que el proceso esquizofrénico puede irrumpir en cualquier personalidad con independencia de su tipo. El *desarrollo morboso*, en contraposición al proceso, incluye la idea de agravamiento o dimensionalidad en las características de la personalidad del sujeto. El hecho de que los individuos pertenecientes al futuro espectro esquizofrénico parezcan manifestar durante la ausencia del trastorno características que luego se intensifican en los episodios psicóticos posteriores (por ej., perturbaciones cognitivas o embotamiento afectivo), implica una concepción de la Esquizofrenia como un desarrollo más bien que un proceso. Por otra parte, la concepción de la Esquizofrenia como un desarrollo hace más comprensible la psicopatología, en la medida en que ésta se enraíza en las características de la personalidad. Por ejemplo, un episodio psicótico paranoide manifestado en una personalidad suspicaz, sensitiva y precavida, tras un acontecimiento vital humillante para el individuo, es entendido como un desarrollo paranoide.

La concepción del trastorno esquizofrénico como una entidad categórica y no dimensional ha sido reforzada por posiciones como la de CLONINGER, MARTIN y GUZE (1985), quienes la consideran como una enfermedad discreta (por oposición a continua) en base a la presencia de grupos de síntomas muy concretos que la hacen perfectamente distinguible de otros procesos psicóticos o del comportamiento normal.

Los autores han corroborado la validez tanto diagnóstica como predictiva de la agrupación de determinados síntomas positivos, como son: delirio de control, delirio de persecución, ideas delirantes sistematizadas no congruentes con el estado de ánimo y alucinaciones auditivas. Han observado estos autores una casi total inexistencia de sujetos con puntuaciones intermedias entre los esquizofrénicos (con más de 2 de estos síntomas) y la población no esquizofrénica, en la que tales síntomas están ausentes. El punto de vista de estos autores se orienta, de este modo, hacia la concepción del trastorno como una entidad discreta a la que, posiblemente, subyace un mecanismo patofisiológico específico.

Siguiendo la misma línea conceptual, el problema se complica aún más con las aportaciones de CROW (1980). Este autor se orienta hacia una concepción de la Esquizofrenia como una doble entidad clínica. Existiría, según CROW, una Esquizofrenia Tipo I, con una sintomatología positiva caracterizada por alucinaciones, ideas delirantes y trastorno formal del pensamiento, de tipo schneideriano, junto a la evolución reversible, a la buena respuesta a los antipsicóticos y una patogenia asentada en la hiperactividad dopaminérgica (CROW, 1982), y una Esquizofrenia Tipo II, con una sintomatología predominantemente caracterizada por aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y abulia, de tipo bleuleriano/kraepeliniano, junto a una evolución crónica, tendencia al trastorno intelectual, a la escasa respuesta a los antipsicóticos y una patogenia basada en alteraciones estructurales, posiblemente causadas por agentes víricos (VERHOEVEN, WESTENBERG y VAN REE, 1984). El modelo de CROW, sin embargo, deja sin explicar suficientemente el hecho relativamente frecuente de que un sujeto pase de la Esquizofrenia Tipo I a la Esquizofrenia Tipo II y viceversa.

En contraposición con las posiciones teóricas que conciben la Esquizofrenia como una enfermedad o desorden discreto y definido, una alternativa que sostiene que las psicosis funcionales no constituyen estados diferenciados sino que representan in-

teracciones entre un determinado número de dimensiones de la personalidad que corresponden a una distribución normal en la población representa el enfoque generalmente más extendido. De acuerdo con este enfoque, determinadas características como el embotamiento afectivo, la laxitud de asociaciones y tal vez otros rasgos como la tendencia a las alucinaciones, podrían ser considerados como factores de distribución normal en la población, representando los sujetos altos en uno o más factores mayor riesgo específico de desarrollar el síndrome central esquizofrénico.

El que sean éstas las características que se hallan distribuidas en la población, de acuerdo con la curva normal de probabilidad, o tal vez lo sean determinados rasgos más básicos de la personalidad, que en determinadas circunstancias podrían dar lugar a los síntomas esquizofrénicos, constituye un tema de discusión que retomaremos más adelante. Implícitamente se discute también la necesidad o no de la concurrencia de estresores o factores precipitantes físicos o sociales para la emergencia del cuadro típico esquizofrénico.

El modelo propuesto por CLARIDGE (1980) coincide esencialmente con el planteamiento dimensional de la Esquizofrenia al considerar que este trastorno debe conceptualizarse como un rasgo más bien que un estado. Un resultado lógico de la concepción de la Esquizofrenia como *dimensión* es el supuesto de que ciertas características que se observan en los episodios psicóticos pueden ser también observados, aunque en menor grado, en población no esquizofrénica. La teoría del *tipo nervioso* de CLARIDGE considera la Esquizofrenia como una enfermedad similar a la hipertensión esencial; como una enfermedad de sistemas. Propone el autor que subyace una serie de características adaptativas distribuidas en un continuo que definen el tipo nervioso esquizofrénico y que describen la predisposición del individuo a la quiebra psicótica, que es el resultado de la interacción de estas características y varios factores precipitantes que empujan a la persona de tipo nervioso esquizofrénico a un estado más

patológico denominado *enfermedad* esquizofrénica. En varios puntos de este proceso podría haber algunas discontinuidades, especialmente cuando tuvieron lugar cambios muy repentinos o amplios en el funcionamiento cerebral. Pero también puede verse una continuidad si los cambios son muy graduales y, por supuesto, la misma predisposición de base tendría un carácter dimensional.

La teoría de CLARIDGE se basa en estudios acerca de la personalidad (factor P de EYSENCK) y su correlación con pruebas de creatividad y variables psicofisiológicas de activación cortical, y respuesta a estímulos sensoriales. CLARIDGE propone un modelo conceptual para la Esquizofrenia basado en la alteración de una relación homeostática entre dos sistemas de activación cortical, cuyos mecanismos fisiológicos se asocian con una disfunción de ciertas estructuras del sistema límbico, especialmente el hipocampo. Investigaciones recientes parecen obtener evidencia de anomalías estructurales en el sistema límbico de los esquizofrénicos (BOGERTS, MEERTZ y SCHONFELDT-BAUSCH, 1985). La presencia de una determinada vulnerabilidad genética del sistema nervioso, sugiere CLARIDGE, confiere especial sensibilidad a la estimulación, dando lugar a cambios funcionales psicóticos.

PRECISIONES ETIOLOGICAS

Los modelos explicativos de la psicopatología y en especial de la Esquizofrenia han ido avanzando a lo largo de la historia, como es sabido, desde posiciones más o menos simplificadas hasta otras más complejas y multidimensionales. La expansión del conocimiento científico se ha basado, fundamentalmente, en la invención, utilización y perfeccionamiento de las técnicas de observación e instrumentos de medición. Tal vez uno de los mayores impactos en la teorización psicopatológica reciente ha provenido de los mecanismos de las computadoras. La analogía entre el procesamiento de datos del ordenador con el procesamiento de la información en el cerebro humano, ha con-

ducido al nuevo ámbito de investigaciones sobre los marcadores de la vulnerabilidad y episodios psicóticos (ZUBIN y STEINHAEUER, 1981; RUIZ VARGAS, 1987). A medida que se desarrolló el campo psicosocial, factores como el nicho ecológico que la persona ocupa (características psicosociales, culturales y físicas del medio ecológico), las características de la personalidad premórbida (STRAUSS y CARPENTER, 1978), la red social del sujeto (DOHRENWEND y EGRI, 1981), los acontecimientos vitales estresantes (DAY, 1981), la estructura familiar y la desviación de la comunicación (SINGER y DOANE, 1967) y la expresión emocional o estilo afectivo de la familia (LEFF et al., 1982; VAUGHN et al., 1984), han sido investigados respecto a su impacto como fuentes potenciales de la psicopatología. Por otra parte, las investigaciones genéticas (KETY et al., 1968; GOTTESMAN y SHIELDS, 1976) y los estudios sobre anomalías estructurales y funcionales del cerebro, junto con las tres hipótesis neuroquímicas actualmente más aceptadas: la de la transmetilación, la de la dopamina y la de la deficiencia de gammaendorfinas (VERHOEVEN et al., 1984) son los puntos de apoyo fundamentales del modelo biológico de la Esquizofrenia.

El modelo de Vulnerabilidad propuesto por ZUBIN y SPRING (1977) y ZUBIN, MAGAZINER y STEINHAEUER (1983) nació como una solución de compromiso entre las posiciones psicologicistas y biologicistas sobre la etiología de la Esquizofrenia, constituyendo el ejemplo más reciente (y hasta ahora el más convincente) de modelo multidimensional que intenta integrar los hallazgos sobre la naturaleza episódica de este trastorno. El modelo asume que la Esquizofrenia se presenta en un sujeto vulnerable, cuyo episodio psicótico temporal se considera elicitado por un estresor de origen exógeno o endógeno. La vulnerabilidad para la Esquizofrenia, que es considerada como una dimensión, no es causa suficiente para la aparición del episodio y debe concurrir la presencia de un estresor.

Los parámetros y supuestos del modelo de vulnerabilidad, así como las expectati-

vas que se derivan como consecuencia de la interacción entre parámetros y supuestos, son los siguientes:

Parámetros de la teoría de la Vulnerabilidad

1. *Grado de Vulnerabilidad:* El riesgo de desarrollar un episodio de Esquizofrenia depende del grado de vulnerabilidad del sujeto, que puede variar desde 0 hasta el máximo de certeza o inevitabilidad del desarrollo de un episodio.
2. *Etiotipos:* Esta vulnerabilidad depende del modelo o patrón de etiotipos que caracteriza a la persona. Estos etiotipos reflejan la variedad de los modelos científicos que se han postulado (ecotipo, genotipo, matetotipo, auxanotipo, quimiotipo, neurofisiotipo y neuroanatomotipo).
3. *Acontecimientos Vitales Estresores:* Son requeridos los eventos estresores como elicitadores de los episodios en sujetos vulnerables.

Supuestos de la teoría de la vulnerabilidad

1. Los episodios son limitados temporalmente.
2. Cuando un episodio finaliza, los sujetos vuelven al nivel premórbido de afrontamiento («coping»).

Expectativas derivadas de la interacción de parámetros-supuestos

1. La Esquizofrenia es un trastorno episódico.
2. La cronicidad es un artefacto debido a factores yatrogénicos, ecogénicos y nosocomiales.
3. Puesto que no todos los etiotipos vulnerables llegan a convertirse en fenotipos, puede haber algunos factores moderadores que prevengan su desarrollo. Los factores más destacados son:
 - A. La personalidad premórbida.
 - B. El «nicho» ecológico.
 - C. La red social.
4. La intervención para prevenir el desarrollo de los episodios puede basarse en la manipulación y/o modificación de estos factores moderadores.

Los factores de riesgo para la Esquizofrenia han sido organizados por WARNER (1985) en cuatro niveles sucesivos de predisposición, vulnerabilidad, manifestación del trastorno y evolución, en función de la concurrencia de determinados agentes etiológicos (Fig. 1).

El modelo interactivo de WARNER es coincidente con el modelo de vulnerabilidad, así como con recientes modelos interactivos de la psicopatología (JEGER y SLOTNICK, 1982; MARSELLA, 1984; MARSELLA y SNYDER, 1981; MOOS, 1984; LIBERMAN, FALLOON y WALLACE, 1984), que consideran que la aparición o incremento de los síntomas de la Esquizofrenia puede tener lugar en un sujeto susceptible cuando:

1. La diátesis o vulnerabilidad biológica aumenta.
2. El sujeto no puede enfrentarse con estresores mínimos o con la tensión vital porque las capacidades sociales de solución de problemas o bien nunca han sido aprendidas por el sujeto o bien, si previamente éste las ha tenido en su repertorio, fueron reducidas como consecuencia del desuso, del reforzamiento del rol de enfermo o de la pérdida de la motivación.
3. Disminuye o se debilita la red de soporte social del sujeto.

La aparición del cuadro clínico esquizofrénico parece, por tanto, depender de las características de la personalidad y habilidades del sujeto, entre otros factores; lo cual nos obliga a detenernos en este campo.

Resumiendo los puntos de vista hasta aquí considerados sobre la naturaleza y etiología de la Esquizofrenia, las relaciones establecidas entre la Personalidad Premórbida y la Esquizofrenia han sido de tres tipos. En primer lugar, que la Personalidad Premórbida y el trastorno esquizofrénico sean idénticos, considerando que la psicopatología está diluida en el desarrollo de la personalidad. Esta opinión se derivaría de la obra de FREUD. Segundo, que la Personalidad Premórbida y la Esquizofrenia sean ortogonales, no siendo posible predecir un episodio esquizofrénico a partir de las ca-

racterísticas de la personalidad; opinión que se derivaría de KRAEPELIN y SCHNEIDER. Finalmente, que la relación entre la Personalidad Premórbida y la Esquizofrenia sea interactiva, a medio camino entre la total identidad y la total independencia. Este punto de vista, derivado de la obra de Adolf MEYER, es la que adoptan los modelos recientes antes mencionados. Si bien no se ha hecho un análisis profundo de la validez de cada una de estas tres posibilidades, los estudios longitudinales sobre poblaciones de riesgo y los seguimientos de muestras clínicas parecen haber reforzado los

modelos interactivos en los años recientes; sin embargo, la relación entre la Personalidad Premórbida y la Esquizofrenia dista mucho aún de estar aclarada.

**LA PERSONALIDAD
PRE-ESQUIZOFRENICA**

El análisis de las relaciones existentes entre los rasgos de la personalidad y la Esquizofrenia ha sido objeto de numerosas investigaciones que han permitido operativizar el concepto de «Personalidad Esquizo-

NIVEL 1: Periodo Prenatal
y Perinatal

Predisposición Genética
Factores Intrauterinos
Traumas Perinatales
Vínculos Parentales

PREDISPOSICION A LA ESQUIZOFRENIA

NIVEL 2: Periodo del
Desarrollo

Daño Cerebral
Infecciones
Aprendizaje Desadaptativo
Patrones de Comunicación Familiar

VULNERABILIDAD A LA ESQUIZOFRENIA

NIVEL 3: Precipitantes de
la Psicosis

Consumo de Drogas
Acontecimientos Vitales Estresantes
Ambiente Estresante

EPISODIO ESQUIZOFRENICO

NIVEL 4: Periodo Psicótico
y Post-Psicótico

Consumo de Drogas
Acontecimientos Vitales Estresantes
Ambiente Familiar Estresante
Etiquetado y Estigma
Aislamiento Social o Reintegración
Rehabilitación del Rol Social
Modelos de Cuidado Institucional

EVOLUCION Y RESULTADO

Fig. 1.- Modelo interactivo de factores que afectan el comienzo, evolución y resultado de la Esquizofrenia (WARNER, 1985).

típica» (PE), introducido en el Eje II del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) dentro de los Trastornos de la Personalidad. El concepto de PE, que puede guardar alguna relación con la Esquizofrenia, puede ser considerado la síntesis de dos líneas de investigación. La primera, conocida como «familiar», se derivó del interés por encontrar los rasgos característicos de algunos familiares no psicóticos aunque más o menos patológicos de esquizofrénicos. Dichos rasgos son interpretados, bajo esta perspectiva, como la expresión de variantes fenotípicas del genotipo esquizofrénico. La segunda línea de investigación, denominada «clínica», trató de identificar las características esquizofrenoides en poblaciones no psicóticas, suponiendo que estas características pudieran ser formas atenuadas de Esquizofrenia, con una dinámica y evolución similares. El término «clínica» se debe, por tanto, al énfasis relativo que se ha hecho en la observación de rasgos esquizotípicos en poblaciones clínicas.

KENDLER (1985) hace un análisis histórico de las posiciones adoptadas por diversos autores encuadrados en cada una de estas tendencias. La Tabla 1 presenta un resumen de los puntos de vista de nueve investigadores cuyas descripciones se han orientado hacia los rasgos psicopatológicos de los familiares de esquizofrénicos. Los rasgos más comunes serían un comportamiento raro y excéntrico, aislamiento social, irritabilidad, afectividad fría y distante, y suspicacia. Otras características referidas por al menos dos de estos autores han sido ten-

dencia a la superstición, pobre funcionamiento social, carácter nervioso, lenguaje raro e hipersensibilidad o ansiedad social. KENDLER (1988), en un reciente estudio, no encontró evidencia de que pudiese establecerse una relación entre características familiares específicas y cada uno de los subtipos de la Esquizofrenia.

En la Tabla 2 se presentan los síntomas considerados como más prominentes en sujetos clínicamente esquizofrenoides, a tenor de las observaciones de dichos autores. Las características más comunes son un pensamiento desordenado o «mágico» y la falta de relaciones interpersonales profundas. Sin embargo, son destacados por al menos dos autores los siguientes síntomas: sexualidad desviada, acusada cólera o ira, dependencia interpersonal, sensibilidad al rechazo, ahedonia e integridad social superficial.

Siguiendo la misma línea de razonamiento clínico, ECKBLAD y CHAPMAN (1986) refieren 17 indicadores esquizotípicos: 1. Sensación de presencia de una persona o fuerza no realmente presente. 2. Estilo raro de comunicación. 3. Sensación de extrañeza personal. 4. Despersonalización o desrealización. 5. Frecuentes ilusiones o alucinaciones marginales. 6. Confusión de los sueños con la realidad. 7. Experiencias de estar fuera del cuerpo. 8. Frecuentes experiencias hipnagógicas. 9. Frecuentes distorsiones perceptivas del propio cuerpo. 10. Sensaciones somáticas raras e inexplicables. 11. Creencias mágicas o experiencias

Características	Kraepelin	Bleuler	Gadelius	Rosanoff	Kretschmer	Barrett	Kaltmann	Slater	Inouye	Stephens	Núm.
Excéntrico, raro	X	X	X	X	X	X	X	X		X	9
Irritable, no razonable		X	X	X		X	X	X	X		7
Aislamiento social		X			X	X	X	X		X	6
Aspecto frío y distante					X	X	X	X	X	X	6
Suspica		X		X				X	X	X	5
Supersticioso			X				X	X			3
Pobre funcionamiento social	X				X			X			3
Nervioso				X	X					X	3
Lenguaje raro								X		X	2
Hipersensibilidad					X				X		2

Tabla 1.— Características específicas de las personalidades anormales de familiares de esquizofrénicos, según diversos autores (KENDLER, 1985).

ocultas. 12. Frecuentes experiencias de lo «ya visto» (dejà vu). 13. Sensación de estar físicamente separado de los demás. 14. Episodios de excepcional agudeza sensorial. 15. Episodios de excepcional embotamiento sensorial. 16. Distorsiones en la percepción del tiempo. 17. Experiencias disociativas. Las características esquizotípicas derivadas de la investigación clínica y basadas en los síntomas positivos de la Esquizofrenia, son las que también se incluyen en la escala «Sc» del MMPI.

La comparación de ambas tendencias, según KENDLER, muestra importantes coincidencias así como disparidades. El área de mayor acuerdo es el que se refiere a la perturbación del funcionamiento interpersonal de las PE. Mientras que la investigación familiar destaca el aislamiento social, la investigación clínica refiere la falta de relaciones interpersonales profundas. El acuerdo es algo menos en otras características de ambas tendencias; por ej., puede haber alguna relación entre el carácter «nervioso» y la «ansiedad difusa» expresados por una y otra orientación; así como también entre «irritabilidad» y «profunda ira», «hipersensibilidad» y «sensibilidad al rechazo», o «lenguaje raro» y «pensamiento desordenado». Existen, en cambio, importantes desacuerdos en otros rasgos; así, mientras los autores que representan la orientación familiar acentúan la «rareza y excentricidad», los autores de la línea clínica mencionan la «integridad» superficial, normalidad y no

rareza de estos sujetos. Algunas características referidas por la orientación clínica, como la desviación sexual, los síntomas psicóticos breves (del tipo de alucinaciones transitorias o ideas de referencia), comportamientos de «acting out» y síntomas neuróticos múltiples (del tipo de obsesiones o desrealización), no encuentran correspondencia alguna en los autores de la orientación familiar; al igual que la «frialdad y distanciamiento» mencionado por autores de orientación familiar no se especifica en los de orientación clínica.

En opinión de KENDLER, ambos grupos de características no son fundamentalmente lo mismo, a pesar de compartir determinados síntomas. No obstante, los criterios propuestos por la clasificación DSM-III para la PE, sintetizados en la Tabla 3, han sido desarrollados por SPITZER, ENDICOTT y GIBBON (1979) y constituyen un híbrido de síntomas de las orientaciones familiar y clínica, que sería útil desligar y evaluar separadamente.

Estudios posteriores (BARON et al., 1985; KENDLER et al., 1983) han revelado que los criterios de la PE del DSM-III se han observado significativamente más entre los familiares de esquizofrénicos, en especial las características que se aproximan a los «síntomas negativos» de la Esquizofrenia; es decir, los criterios 3 (aislamiento social), 5 (lenguaje extraño), 6 (relación inadecuada con afectividad alejada y fría) y 7 (suspiciousidad).

Características	Zilboorg	Deutsch	Hoch et al.	Rado	Meehl	Núm.
Pensamiento desordenado	X		X	X	X	4
Falta de relaciones interpersonales profundas	X	X		X	X	4
Sexualidad desviada	X		X			2
Profunda ira	X			X		2
Dependencia interpersonal		X		X		2
Sensibilidad al rechazo				X	X	2
Ahedonia				X	X	2
Integridad superficial	X	X				2
Síntomas psicóticos breves			X			1
Ansiedad difusa			X			1
Múltiples síntomas neuróticos			X			1
Preocupación con fantasía	X					1
Comportamientos de «acting out»			X			1

Tabla 2.- Características específicas esquizofrenoides (KENDLER, 1985).

-
1. Pensamiento mágico (superstición, clarividencia, telepatía, «sexto sentido»).
 2. Ideas de referencia.
 3. Aislamiento social (ausencia de amigos y confidentes íntimos).
 4. Ilusiones recurrentes (sensación de presencia de una fuerza o una persona no presentes, despersonalización o desrealización).
 5. Lenguaje extraño (disgresivo, vago, superelaborado, circunstancial y metafórico).
 6. Relación inadecuada, distante y fría.
 7. Suspiciousidad o ideación paranoide.
 8. Ansiedad social indebida o hipersensibilidad a las críticas reales o imaginadas.
-

Tabla 3.— Criterios del DSM-III para la personalidad esquizotípica.

Desde una perspectiva puramente teórica, no parece lógico que las características o signos manifestados por algunos familiares de esquizofrénicos deban, necesariamente, ser formas atenuadas del trastorno esquizofrénico. Como puntualiza KENDLER (1985) en un ejemplo ilustrativo derivado de la Medicina Interna, consideremos que la persona enferma se tratase de un sujeto que hubiera sufrido un accidente hemorrágico cerebrovascular secundario a una hipertensión, cuyas manifestaciones sintomáticas fuesen una debilidad de los miembros del lado derecho y afasia. ¿Qué tipo de signos podría esperarse que manifestasen sus familiares? Evidentemente, es difícil que éstos presentasen síntomas similares de moderada debilidad de los miembros derechos o ligera afasia, pudiendo en cambio estar presente solamente la hipertensión no acompañada de síntomas o tal vez con síntomas de dolor de cabeza, insuficiencia cardíaca congestiva, etc.; es decir, la patofisiología subyacente al trastorno hipertensivo. De acuerdo con esta lógica, tampoco sería necesario que algunos familiares de los esquizofrénicos presentasen formas atenuadas de todos los síntomas clásicos de la Esquizofrenia, como las alucinaciones, delirios o trastornos del pensamiento (como de hecho no sucede en la investigación familiar), pudiendo presentar en cambio aisla-

miento social o rasgos de excentricidad, rareza o suspicacia; es decir, la psicopatología fundamental subyacente.

Tendríamos que adentrarnos aquí en la discusión sobre cuál de las dos tendencias investigadoras es la que nos puede conducir con mayor seguridad al conocimiento de las características de la personalidad que mejor predicen una eventual y posterior Esquizofrenia; sin embargo, hasta hoy no se cuenta con investigaciones que hayan permitido validar la superioridad de un método sobre el otro. No obstante, y debido tal vez a una más fácil operativización, en los últimos años han predominado las investigaciones sobre poblaciones de riesgo, elegidas en función del parentesco familiar con esquizofrénicos (familiares de primer grado, generalmente hijos). La mayoría incluyen en la valoración diversas manifestaciones conductuales, tanto características cognitivas como de personalidad, en diseños longitudinales o de seguimiento.

PARNAS et al. (1982) realizaron un estudio prospectivo en Dinamarca sobre 207 hijos de madres esquizofrénicas severas y 104 niños pertenecientes a familias sin historia de Esquizofrenia. Ninguno de los niños presentaban psicosis en la primera valoración, siendo la edad media del grupo de alto riesgo de 15,1 años. La segunda valoración realizada entre 10 y 12 años más tarde mostró que los sujetos de alto riesgo (hijos de madres esquizofrénicas) que habían llegado a desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico (Esquizofrenia, Personalidad Esquizotípica o Esquizofrenia Borderline) se diferenciaban en las características premórbidas de aquéllos que no desarrollaron un trastorno mental, de acuerdo con la valoración clínica, destacando un «rapport» emocional deficiente (expresión facial incongruente, relación emocional anormal y nerviosismo), así como trastornos cognitivos formales (incoherencia y asociaciones patológicas; es decir, trastornos relativos a las características semánticas y estructurales del lenguaje, del tipo de vaguedad, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones ilógicas, incoherencia, confusiones categóricas y neologismos). La pre-

sencia del deficiente «rapport» afectivo y trastorno formal cognitivo se había presentado tanto en los que luego serían diagnosticados de Esquizofrenia como en aquéllos que fueron tipificados como Personalidad Esquizotípica o Esquizofrenia Borderline, siendo más acusados en el grupo de los esquizofrénicos. Otros hallazgos en este grupo, como la pasividad y pobre concentración en el juego anteriores a los 2 años, son considerados por los autores como reminiscencias del llamado «retraso panevolutivo» en los niños pre-esquizofrénicos; un síndrome que incluiría un «estado de anormalidad silenciosa» y retraso visomotor.

Los resultados de los informes escolares mostraron que los futuros sujetos del espectro esquizofrénico habían presentado conductas perturbadoras en el colegio (conducta inapropiada en clase, problemas disciplinarios, rechazo por los demás, fácil preocupación, persistencia afectiva cuando se excitaban e incapacidad para adaptarse a las críticas). Estos hallazgos correlacionaban con las alteraciones cognitivas apreciadas en la valoración clínica. Los autores especulan que estos hallazgos podrían ser interpretados de acuerdo con la teoría del aprendizaje de la Esquizofrenia de MEDNICK (1974), que propone que algunos sujetos son más vulnerables ante los estímulos adversos debido a la hiperresponsividad autonómica (que en este caso podría manifestarse en el escaso control afectivo). Estos sujetos afrontarían estos estímulos desarrollando un estilo cognitivo que, llegado a un nivel de gravedad, constituiría la Esquizofrenia. No encontraron diferencias los autores, en cambio, entre los grupos (diagnósticos del espectro esquizofrénico vs. normalidad) ni en la información escolar relativa a una «personalidad esquizoide» (caracterizada por la timidez, silencio y aislamiento) ni en el grado de «esquizoidía» establecido por el estudio clínico; lo cual contradice la suposición de que la «personalidad esquizoide» es un precursor de la Esquizofrenia.

Similares han sido las conclusiones alcanzadas por WATT et al. (1982), quienes encontraron que el comportamiento social, emocional y escolar de los hijos de padres

esquizofrénicos se distinguía de la conducta de los controles en las siguientes características: mayor disarmonía (más impopularidad, negativismo y desadaptación), menor motivación escolar, mayor inestabilidad emocional y menor inteligencia; pero no más introversión.

Más recientemente han salido a la luz numerosos trabajos que han sido el resultado de seguimientos longitudinales. McNEIL y KAU (1987) se han centrado en el estudio de las características de una población de riesgo durante la infancia, en edades muy distantes del habitual comienzo de la Esquizofrenia. Realizaron un estudio longitudinal en Suecia de hijos de madres con historia de psicosis funcionales (no orgánicas) e hijos de madres normales en dos fases: desde la gestación hasta los 2 años, y un seguimiento hasta los 6 años. El nivel de «perturbación mental» a la edad de 6 años, valorado mediante el Children's Global Assessment Scale (CGAS) (SHAFFER et al., 1983) y el DSM-III, además de otras pruebas psicológicas, fue significativamente más alto en el grupo de alto riesgo (hijos de madres con historia de psicosis) que en el grupo control (hijos de madres normales).

GOODMAN (1987) realizó tres valoraciones sucesivas entre el nacimiento y los 5 años a una muestra de 115 hijos de mujeres con trastornos psiquiátricos (71 esquizofrénicas) y 38 hijos de mujeres normales, de una población de bajo nivel socio-económico en Atlanta. La valoración se dirigió al funcionamiento intelectual, social y neuropsiquiátrico. Los resultados mostraron que los hijos de las madres esquizofrénicas presentaban más déficits en competencia social, C.I. más bajos y múltiples índices negativos en las medidas obtenidas (autoconcepto y medidas neurológicas y psiquiátricas). Las observaciones mostraron también que las madres esquizofrénicas proporcionaron, en general, ambientes más pobres, con menor estimulación a través del juego, menos experiencias de aprendizaje y menos implicación emocional y verbal.

WEINTRAUB (1987) también encontró en los hijos de un padre esquizofrénico más

déficits en la capacidad para mantener la atención e ignorar estímulos irrelevantes, así como más signos de deslizamiento (slipage) cognitivo que en los hijos de padres normales. Por ejemplo, en grabaciones de muestras de lenguaje, los hijos de un padre esquizofrénico se caracterizaban por una considerable desviación estructural, baja productividad verbal y patrones inadecuados de cohesión entre las ideas. El resultado era la dificultad en el oyente para saber qué quería decir el sujeto, sin que estas peculiaridades llegasen a alcanzar los criterios de trastorno del pensamiento.

FISH (1987) realizó un estudio longitudinal de mayor alcance en Los Angeles de 12 hijos de madres diagnosticadas de Esquizofrenia crónica y 12 controles del mismo status socioeconómico. Los niños fueron ordenados de acuerdo con la gravedad del trastorno neurointegrativo o «pandismadurativo» que presentaban, basado en los tests de GESELL y otras medidas físicas repetidas 10 veces durante los dos primeros años de vida. El 96% de los sujetos completaron el seguimiento con exámenes a los 10, 15 y 20/22 años. A la edad de 10 años la gravedad del trastorno neurointegrativo de la primera infancia (que mostró correlación significativa con la Esquizofrenia materna pero no con otras variables como complicaciones obstétricas, status socioeconómico, sexo o grupo étnico) se asoció significativamente con la psicopatología observada. Al final del seguimiento, la autora diagnosticó a 6 como Personalidades Paranoides o Esquizotípicas y 1 como Esquizofrenia desde los 17 años, perteneciendo los 7 sujetos al grupo de trastornos neurointegrativos. Determinadas características de estos 7 sujetos, como graves síntomas socio-afectivos, déficits perceptivos, deterioro cognitivo, académico y laboral (que pueden incluirse dentro de los «síntomas negativos»), mostraron antecedentes antes de los 2 años. La autora formula la hipótesis de que los periodos de incremento de la «pandismaduración» (según mediciones efectuadas entre las 4 y 24 semanas) pueden reflejar un incremento de la «actividad» del proceso esquizofrénico. Estas fluctuaciones medibles

en el desarrollo podrían, en consecuencia, subrayar la significación de algunos cambios neurofisiológicos y bioquímicos que estarían presentes en dicho periodo.

MARCUS et al. (1987) estudiaron la evolución de 50 hijos de un padre esquizofrénico en Israel y 50 controles, hijos de padres normales (25 criados en Kibbutzs y 25 en un medio familiar, en cada grupo) en 1967 cuando sus edades oscilaban entre 8 y 14 años. El estudio fue repetido en 1985 cuando las edades de la muestra estaban situadas entre los 26 y 32 años. Los resultados mostraron que los niños que habían presentado en la infancia mayor número de «marcadores neurobiológicos» habían desarrollado en la juventud y edad adulta síndromes esquizofrénicos y otra psicopatología. La valoración de los marcadores biológicos se efectuó mediante el estudio de las funciones motoras y cognitivas (perceptivas y verbales) y las funciones conductuales de control y coordinación. La combinación de los «marcadores neurobiológicos» observados (hiperquinesia, pobre concentración, descoordinación motora, déficits perceptivos y pobres habilidades verbales) recuerdan el síndrome de patrones conductuales que actualmente se define en el DSM-III como «trastorno por déficit de atención» (ADD, attentional deficit disorder). Entre los «marcadores interpersonales» relacionados con el diagnóstico adulto de Esquizofrenia, según información obtenida de las entrevistas con los padres, profesores y los propios niños, encontraron un comportamiento menos ambicioso, menos activo, menos sociable (más aislado) y menos sumiso u obediente.

Finalmente, en un estudio sobre población adulta y no basado en grupos de riesgo familiar, CHAPMAN y CHAPMAN (1987) realizaron un seguimiento de 25 meses en estudiantes universitarios de Wisconsin en el que encontraron correlación estadística entre síntomas psicóticos diversos y determinadas características previas, como ahedonia física (deficiencia de placer en experiencias físicas), aberración perceptiva (distorsión en la percepción del propio cuerpo y de

otros objetos), no conformidad impulsiva (impulsividad junto a un no cumplimiento de las expectativas sociales sobre los derechos de los demás) e ideación mágica (tendencia a aceptar formas de causalidad que no son consideradas válidas en nuestra cultura).

CONCLUSIONES

Los estudios basados en la Personalidad Esquizotípica ofrecen alguna luz sobre las características de la personalidad premórbida que guardan relación, en las investigaciones sobre los grupos de riesgo familiar, con los síntomas negativos de la Esquizofrenia de tipo bleuleriano; al tiempo que las investigaciones sobre muestras clínicas destacan la presencia de signos atenuados del cuadro clínico esquizofrénico, relacionados con la sintomatología positiva schneideriana. La disparidad de los hallazgos apoya la hipótesis de que nos encontramos ante dos tipos diferentes de sujetos con características de la personalidad diferenciadas aunque con ciertas coincidencias. Cuál de estos dos modelos de investigación nos puede conducir hacia el conocimiento de los verdaderos factores de riesgo de la personalidad, todavía no es posible determinarlo. La impresión clínica, sin embargo, parece indicar que las características premórbidas de la personalidad o precursores etiológicos de la Esquizofrenia estarían relacionadas con los rasgos negativos observados en la investigación familiar, en tanto que los signos observados en poblaciones clínicas podrían ser considerados formas de comienzo del trastorno esquizofrénico.

Por otra parte, tampoco queda claro qué importancia debe concederse a las características de la personalidad premórbida en la aparición de un episodio esquizofrénico ni cuál es la naturaleza de esta relación.

A pesar de que las investigaciones refieren una relación entre la Personalidad Esquizotípica y la Esquizofrenia, nos encontramos con la constatación de que sólo

una pequeña parte de estos sujetos llegan a presentar un trastorno esquizofrénico (ZUBIN et al., 1983); lo que confirma que la personalidad no es la única causa de la Esquizofrenia. Aun asumiendo que la personalidad premórbida pueda ser un factor que amortigüe o acentúe el riesgo de Esquizofrenia, su importancia no debería ser exagerada.

El modelo etiológico de la «Vulnerabilidad» se presenta como una innovación teórica que permite explicar la Esquizofrenia como un trastorno episódico elicitado por los estresores vitales en un sujeto vulnerable. No obstante, cabría preguntarse si la personalidad premórbida es un factor que se identifica o se incluye en la «vulnerabilidad» o es independiente de ésta. Si fuese independiente, cabría esperar que los sujetos vulnerables dotados de una personalidad normal deberían tener un menor riesgo de Esquizofrenia. Si, por el contrario, no fuese independiente, el propio concepto de vulnerabilidad implicaría un tipo de personalidad «débil». Tampoco es posible, hasta hoy, contestar a esta cuestión.

Mientras que estos interrogantes todavía no han sido aclarados y no es posible predecir cuál es el rol de la personalidad premórbida en el comienzo y la prevención de la Esquizofrenia, se ha podido establecer su rol en la evolución a largo plazo del trastorno psicótico. Son numerosos, a este respecto, los estudios que han demostrado que las personalidades calificadas como fuertes o débiles se han relacionado con evoluciones positivas y negativas, respectivamente, de la Esquizofrenia. El 95% de las investigaciones revisadas por ZUBIN et al (1983) han demostrado que una personalidad premórbida fuerte se asocia con un curso clínico y un resultado final favorables.

Dirección del autor:

Enviar peticiones de separatas o información adicional a Dr. Seraffín Lemos, Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Aniceto Selá s/n, 33007-Oviedo, Spain.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Ed. Washington: A.P.A. (Autor).
- Andreasen, N. and Akiskal, B. (1983). The specificity of bleulerian and schneiderian symptoms: A critical reevaluation. *Psychiatric Clin. North Amer.*, 6, 41-55.
- Baron, M. et al. (1985). A family study of schizophrenic and normal control probands: Implications for the spectrum concept of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 447-455.
- Bogerts, B., Meertz, E. and Schofeldt-Bausch, R. (1985). Basal ganglia and limbic system pathology in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 784-791.
- Chapman, L. J. and Chapman, J. P. (1987). The search for symptoms predictive of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 497-503.
- Claridge, G. (1980). Acercamiento dimensional a la Esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 445-478.
- Cloninger, C. R., Martin, R. L., Guze, S. B. et al. (1985). Diagnosis and prognosis in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 15-25.
- Crow, T. J. (1980). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137, 383-389.
- (1982). Two syndromes in schizophrenia. *TINS*, Oct., 351-354.
- Day, R. (1981). Life events and schizophrenia: The «triggering» hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 97-122.
- Dohrenwend, B. P. and Egri, G. (1981). Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 12-23.
- Eckblad, M. and Chapman, L. J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.
- Fish, B. (1987). Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 395-409.
- Goodman, S. H. (1987). Emory University Project on children of disturbed parents. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 411-423.
- Gottesman, I. I. and Shields, J. (1976). A critical review of recent adoption, twin, and family studies on schizophrenia: Behavioral genetics perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 360-398.
- Jaspers, K. (1968). *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jeger, A. and Slotnick, R. (1982). *Community mental health and behavioral ecology*. New York: Plenum Press.
- Kendler, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 538-553.
- Kendler, K. S. et al. (1988). A family study of the subtypes of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 67-72.
- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M. and Tsuang, M. T. (1983). The specificity of DSM-III schizotypal symptoms. *Abstracts of the 136th Annual Psychiatric Association*. Washington, DC: A.P.A.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. et al. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In Rosenthal, D. and Kety, S. S. (Eds.). *The transmission of schizophrenia*. New York: Pergamon Press.
- Landmark, J. (1982). *A manual for the assessment of schizophrenia*. Copenhagen: Munksgaard.
- Leff, J. P., Kuipers, L., Berkowitz, R. et al. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-124.
- Lieberman, R. P., Falloon, I. R. and Wallace, C. J. (1984). Drug-psychosocial interaction in the treatment of schizophrenia. In M. Mirabi (Ed.). *The chronically mentally ill: Research and services*. Jamaica, N. Y.: Spectrum Publications.
- Marcus, J. et al. (1987). Review of the NIMH Israeli kibbutz-city study and the Jerusalem infant development study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 425-438.
- Marsella, A. J. (1984). An interactional model of psychopathology. In B. Lubin and W. Connors (Eds.). *Ecological models in clinical and community psychology*. New York: Wiley.
- Marsella, A. J. and Snyder, K. K. (1981). Stress, social supports, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- McNeil, T. F. and Kaij, L. (1987). Swedish high-risk study: Sample characteristics at age 6. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 373-381.
- Mednick, S. A. (1974). Schizophrenia. A learned thought disorder. In S. A. Mednick, F. Schulsinger, J. Higgins et al. (Eds.). *Genetics, environment and psychopathology*. Amsterdam: North-Holland Publishing.
- Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-36.
- O.M.S. (1976). *Esquizofrenia: Un estudio multinacional*. Ginebra: OMS (autor).
- Parnas, J. et al. (1982). Behavioral precursors of schizophrenia spectrum: A prospective stu-

- dy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 658-664.
- Ruiz Vargas, J. M. (1987). *Esquizofrenia: Enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J. et al. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1.228-1.231.
- Shields, J., Heston, L. L. and Gottesman, I. I. (1975). Schizophrenia and the schizoid: The problem of genetic analysis. In R. R. Fieve, D. Rosenthal and H. Brill (Eds.). *Genetic research in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Singer, M. and Doane, L. (1967). Family transactions in schizophrenia. Parts I and II. In J. Romano (Ed.). *The origins of schizophrenia*. New York: Excerpta Medica Foundation.
- Smith, C. and Forrest, A. D. (1975). The genetics of schizophrenia. In A. Forrest and J. Affleck (Eds.). *New perspectives in schizophrenia*. New York: Churchill Livingstone.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. and Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Strauss, J. S. and Carpenter, W. T. (1978). The prognosis of schizophrenia: Rationale for a multidimensional concept. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 56-67.
- Vaughn, C. et al. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1.169-1.177.
- Verhoeven, W. M., Westnberg, H. G., and Van Ree, J. M. (1984). Determinants biologiques des psychoses schizophréniques. *L'Encephale*, 10, 53-68.
- Warner, R. (1985). *Recovery from schizophrenia*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Watt, N. F., Grubb, T. W. and Erlenmeyer-Kimling, L. (1892). Social, emotional and intellectual behavior at school among children at high risk for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 50, 171-181.
- Weintraub, S. (1987). Risk factors in schizophrenia: The Stony Brook high-risk project. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 439-450.
- Zubin, J. and Steinhauer, S. R. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous Diseases*, 169, 477-492.
- Zubin, J. and Spring, B. (1977). Vulnerability. A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J., Magazine, J., and Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- Zubin, J., Steinhauer, S. R., Day, R. et al. (1985). Schizophrenia at the crossroads: A blueprint for the 80's. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 217-240.