

Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia

Diana Patricia Guízar Sánchez,¹ Ricardo Saracco Álvarez,² Ana Fresán Orellana³

Actualización por temas

SUMMARY

In recent years, research on the comorbidity of personality disorders and other clinical conditions has increased. Nevertheless, it is quite surprising that very little research has been done in terms of personality and its disorders in patients with schizophrenia. Most of the studies related to the binomial construct of personality disorders and schizophrenia are limited to the study of premorbid personality, which emphasizes the importance of the interaction between trait-personality disorder-schizophrenia symptoms.

The study of personality in patients with schizophrenia suggests several issues that must be considered, including the trait-state interactions and the role of personality in the course of schizophrenia.

The conceptual definition of trait emerges from the dimensional classification of models of personality. In this way, knowing that some personality features are present in all individuals, we can assume that their deviation in a quantitative level results in abnormal personality features that constitute personality disorders or even can be expressed as a specific expression of some schizophrenia symptoms.

Although there is growing evidence in the knowledge of schizophrenia, there are very few models that include the scientific neurobiological evidence of the disease and personality features. An inclusive model may promote our understanding of the relationship between schizophrenia symptoms and the personality features of the patient who suffers the disease. So far, we are still far from reaching scientific consensus to be unanimously shared by all researchers with respect to both issues.

Nevertheless, the importance of personality in schizophrenia is undeniable, so future longitudinal that assess personality characteristics since illness onset should be warranted. These studies may be extremely useful to determine personality stability during the course of the illness and may help to determine the prognosis and treatment implications of personality in schizophrenia.

Key words: Personality, schizophrenia, psychotic symptoms, premorbid personality.

RESUMEN

En los últimos años han proliferado las investigaciones y publicaciones sobre la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras entidades clínicas. En este marco sorprende la escasez de estudios que se centren en la personalidad y sus trastornos en los pacientes con esquizofrenia. Las investigaciones llevadas a cabo en el binomio trastorno de personalidad-esquizofrenia se han limitado al estudio de la personalidad premórbida, las cuales se orientan hacia la importancia de la interacción *rasgo-trastorno de personalidad-síntomas* en la esquizofrenia.

El estudio de la personalidad en la esquizofrenia sugiere varias cuestiones que deben ser consideradas, incluyendo las interacciones rasgo-estado y la función de la personalidad en la esquizofrenia.

El concepto de rasgo surge en los modelos dimensionales de clasificación de la personalidad. Si consideramos que los rasgos de la personalidad están presentes en todos los individuos, cabría decir que una desviación en el nivel cuantitativo de los mismos caracteriza los rasgos anormales que constituirán los trastornos de personalidad o en una expresión específica de los síntomas de la esquizofrenia.

A pesar de los avances crecientes en el conocimiento de la esquizofrenia, existen pocos modelos que integren los avances neurobiológicos con la personalidad, lo cual permitiría un mayor entendimiento de la relación entre los síntomas de la esquizofrenia y la personalidad del individuo que la padece. Hasta el momento, aún nos encontramos lejos de poder alcanzar acuerdos científicos que sean compartidos unánimemente por todos los investigadores con respecto a ambas cuestiones.

Sin embargo, la importancia de la personalidad en la esquizofrenia es innegable, lo que hace necesario la realización de estudios longitudinales que evalúen de forma específica las características de la personalidad desde el inicio de la esquizofrenia para poder determinar su estabilidad o variabilidad de acuerdo al curso del padecimiento y sus implicaciones pronósticas y de tratamiento.

Palabras clave: Personalidad, esquizofrenia, síntomas psicóticos, personalidad premórbida.

¹ Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, INPRFM.

² Clínica de Esquizofrenia. Dirección de Servicios Clínicos, INPRFM.

³ Laboratorio de Epidemiología Clínica. Subdirección de Investigaciones Clínicas, INPRFM.

Correspondencia: Dra. Ana Fresán. Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan, 14370, México DF. Tel: 4160-5069. Fax: 5513-3722. E-mail: fresan@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 14 de junio de 2011. Segunda versión: 8 de diciembre de 2011. Aceptado: 9 de febrero de 2012.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, con múltiples manifestaciones, que afecta al individuo en su totalidad,¹ por lo que es lógico plantear su asociación con la personalidad del individuo. Aunque el interés en la relación entre los trastornos de personalidad y la enfermedad mental se remonta a los inicios de la psiquiatría, la forma de clasificarlos y entenderlos ha cambiado al introducir el término *comorbilidad*, el cual es un término epidemiológico propuesto por Feinstein para describir la aparición de otra entidad clínica en el curso de una enfermedad índice, sin que esto implique necesariamente una relación de causalidad.²

Se ha argumentado que dicha comorbilidad no es real,³ sino un artificio de los actuales sistemas diagnósticos que consideran a los trastornos clínicos como categorías de síntomas diferenciados, incluyendo a los trastornos de personalidad.

En este marco sorprende la escasez de estudios que se centren en la personalidad y sus trastornos en los pacientes con esquizofrenia.⁴ Esta escasez, consecuencia de la existencia de problemas conceptuales y metodológicos serios para abordar esta comorbilidad, se podría formular en cuatro preguntas: *¿es posible evaluar la existencia de trastornos de personalidad en una enfermedad tan grave e invasiva como es la esquizofrenia?, ¿qué valoramos cuando diagnosticamos trastornos de personalidad?, ¿es posible evaluar la existencia del binomio rasgo-enfermedad en una patología multifactorial y de aparición muy temprana en la vida? y ¿cómo puede separarse la personalidad de una enfermedad tan compleja?*

La cuestión metodológica sobre la posibilidad de evaluar la personalidad y sus trastornos, en comorbilidad con el grupo de las esquizofrenias, es compleja. En las primeras descripciones de la esquizofrenia realizadas por Kraepelin y Bleuler se consideraba a la patología como un proceso que invade, destruye y sustituye la personalidad. Este enfoque trasforma su valoración –y la de sus posibles trastornos– volviéndola imposible o al menos irrelevante.⁵

La recomendación de no valorar los trastornos de personalidad en presencia de otro trastorno mental activo es un intento de controlar este artificio. Esta regla no es aplicable en todos los casos de enfermedad mental ya que parece más simple o sencillo establecer cuándo un episodio depresivo ha remitido pero no lo es tanto en la esquizofrenia.⁶ Además, la esquizofrenia suele comenzar al final de la segunda década de la vida, en etapas previas al afianzamiento de la vida adulta y de su personalidad, lo que supone gran interferencia en su consolidación. De hecho, las investigaciones llevadas a cabo en el binomio trastorno de personalidad-esquizofrenia se han limitado al estudio de la personalidad premórbida, y éstas se orientan hacia la importancia de la interacción *rasgo-trastorno de personalidad-síntomas* en la esquizofrenia. Se ha propuesto considerar los trastornos del funcionamiento interpersonal como un dominio de la patología esquizofrénica, independiente de las dimensiones positivas o negativas.⁷

El estudio de la personalidad en la esquizofrenia sugiere varias cuestiones que deben ser consideradas, por ejemplo qué características de personalidad están relacionadas con la esquizofrenia, cómo se desarrollan estas características y cómo contribuyen en la evolución del padecimiento.⁸

Smith⁹ señala dos cuestiones teóricas importantes en este tema: “que los individuos con esquizofrenia muestran rasgos duraderos y estables de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual que pueden ser concebidos como características de personalidad y que el esclarecimiento de las interacciones rasgo-estado en la esquizofrenia ayudarán a entender la presentación de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento”. Por lo tanto, es necesario revisar las interacciones rasgo-enfermedad y la función de la personalidad en la esquizofrenia. También considera que se deben tener en cuenta la fiabilidad, la estabilidad temporal de rasgos específicos, la validez concurrente (si los rasgos de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia son constructos independientes) y la validez predictiva (influencia de rasgos de personalidad específicos en el curso de la enfermedad y el tratamiento).¹⁰

RASGOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

El concepto de rasgo es entendido como disposición o inclinación permanente a comportarse de una manera determinada en distintas situaciones.¹⁰

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.

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 los componentes de lo que se nombre «personalidad», por un lado, y un conocimiento objetivo y exento de conjeturas de la naturaleza de la esquizofrenia y las causas que la originan, por el otro. 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. La ausencia de conocimientos definitivos sobre las relaciones entre ambas no debe impedirnos suponer que determinados patrones de conducta, habilidades o rasgo de personalidad, deben influir tanto en la aparición como en la evolución y curso de ese trastorno.¹¹

El estudio de la relación entre rasgos de personalidad y esquizofrenia exige hacer una consideración conceptual de ésta y una descripción de sus aspectos etiológicos, en primer lugar, para avanzar posteriormente en la comprensión de los factores de riesgo de personalidad.¹¹

Para explicar y entender esta enfermedad se han estudiado múltiples variables psicológicas, biológicas, sociales, etc., y entre estas variables está la personalidad.¹²

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

En la medida en que la intervención temprana sobre los individuos que tienen estas características pueda prevenir el riesgo de aparición, en años recientes ha existido un gran interés por la identificación de estos individuos.

Por su parte, algunos autores¹⁰ señalan dos cuestiones teóricas importantes para este tema: «que los pacientes con esquizofrenia muestran rasgos duraderos y estables de naturaleza cognitiva, afectiva y conductual que pueden ser concebidos como características de personalidad y que el esclarecimiento de las interacciones rasgo-estado en la esquizofrenia ayudarán a entender la presentación de los síntomas, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, es necesario revisar las interacciones rasgo-estado y la función de la personalidad en la esquizofrenia». Algunos autores¹¹ también consideran que se deben tener en cuenta la fiabilidad, la estabilidad temporal de rasgos específicos, la validez concurrente (si los rasgos de personalidad y los síntomas de la esquizofrenia son constructos independientes) y la validez predictiva (influencia de rasgos de personalidad específicos en el curso de la enfermedad y el tratamiento).

Según algunos autores,⁹ todos los modelos sobre la esquizofrenia han estado bajo la influencia de dos cuestiones ya presentadas por Bleuler (1950) y Kraepelin (1919), «la primera, es que la personalidad de los pacientes con esquizofrenia, previa al inicio de los síntomas psicóticos, tiende a ser diferente a la personalidad de los pacientes sin diagnóstico de esquizofrenia, y la segunda, se refiere a que la personalidad de los parientes de los pacientes con esquizofrenia, aunque nunca desarrollen la enfermedad, tiende a diferir de la de los parientes de individuos no psicóticos».¹¹ Además, estos modelos deben especificar cómo las características de personalidad influyen unas sobre otras y sobre la esquizofrenia. Pero pocos modelos han tenido en cuenta estas interrogantes. Meehl¹² propuso que las alteraciones de la personalidad eran el resultado de una interacción entre un déficit en la integración y regulación de la actividad neuronal (determinado genéticamente), llamado esquizotaxia, y el aprendizaje social durante el desarrollo. Además, otros rasgos constitucionales, llamados potenciadores y entre los

que incluía la propensión a la ansiedad y a la introversión, interactúan con la esquizotaxia para producir el fenotipo de la esquizofrenia.

Otros modelos importantes a tener en cuenta son los de Predisposición-Vulnerabilidad, que sostienen que factores específicos de personalidad, previos al inicio de la enfermedad, predisponen para el desarrollo de la misma.¹¹ El Modelo de Vulnerabilidad-Estrés plantea dos condiciones necesarias para la aparición de la esquizofrenia, una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad) dada por factores biológicos, psicológicos y sociales (las características de personalidad patogénicas pueden actuar como factores predisponentes) y la presencia de eventos que alteren el funcionamiento del sujeto (estresores), que pueden ser acontecimientos vitales concretos (ej: pérdida de seres queridos) o eventos estresantes cotidianos (ej: emoción expresada). Además, este modelo postula que el efecto del estrés sobre la vulnerabilidad se encuentra mediado por factores moderadores o protectores ambientales (apoyo social) y personales (medicación antipsicótica, rasgos de personalidad).

Diversos autores¹⁰ incluyen otros modelos que también integran personalidad y esquizofrenia. El Modelo del Continuo o del Espectro, el cual asume que los rasgos de personalidad y los trastornos del Eje I forman un continuo, siendo manifestaciones de procesos etiológicos comunes. Este modelo está apoyado por estudios fenomenológicos, familiares, de funcionamiento premórbido y de seguimiento.¹²⁻¹⁶ Para el modelo de la complicación, los rasgos de personalidad son una complicación de la esquizofrenia, es decir, son rasgos reactivos entendidos como una respuesta o una manera de adaptarse a la enfermedad. Lo ideal, por tanto, sería diferenciar los rasgos adaptativos de los desadaptativos para proporcionar tratamientos que ayuden a los primeros a maximizar las capacidades de afrontamiento.

Esto implica varias cuestiones: ¿modifican los rasgos de personalidad los síntomas de la esquizofrenia?, y si es así, ¿en qué dirección lo hacen? y ¿cómo cambia esta interacción a lo largo del tiempo?

Para responder a estas y otras preguntas es necesario esclarecer diferentes puntos, tales como: las diferencias entre los rasgos de personalidad de las personas con esquizofrenia y la población normal, la consideración de diferentes rasgos de personalidad como marcadores de vulnerabilidad de la esquizofrenia, la relación y las similitudes entre los trastornos de personalidad y la esquizofrenia, la relación entre rasgos y síntomas, la estabilidad a lo largo del tiempo de los rasgos de personalidad en la esquizofrenia, entrado en el dilema rasgo-estado y, por último, se ha estudiado la relación entre los rasgos de personalidad y los déficits cognitivos.¹³

Gross y Huber,¹⁴ al revisar diferentes estudios encontraron que los rasgos de personalidad actuaban como variables moduladoras y estimaron que sobre el 60% de los pacientes con esquizofrenia tenían rasgos de personalidad anormales premórbidos que iban de una intensidad leve a grave.

También los resultados del metaanálisis de Berenbaum y Fujita¹⁵ indican que los pacientes con esquizofrenia son más introvertidos, más neuróticos y más peculiares (creencias y percepciones desviadas) que los normales. Gurrera, Nestor y O'Donnell,¹⁶ encontraron que los pacientes con esquizofrenia difieren significativamente de una muestra normal en neuroticismo (puntuaciones más altas) y conciencia (puntuaciones más bajas).

También se ha estudiado la relación entre esquizofrenia y psicopatía. Diferentes investigaciones han indicado altos niveles de trastorno de la personalidad antisocial en sujetos con esquizofrenia¹⁷ y elevadas características psicopáticas en los parientes de los pacientes con esquizofrenia. Berenbaum y Fujita,¹⁵ postulan que el efecto del estrés sobre la vulnerabilidad se encuentra mediado por factores moderadores o protectores ambientales (apoyo social) y personales (medicación antipsicótica, rasgos de personalidad).

Por otra parte, los rasgos de personalidad se han concebido como marcadores de vulnerabilidad tanto genética como medioambiental, convirtiéndose en una importante variable que puede explicar la etiología de esta enfermedad. Autores como Gurrera¹⁶ han seguido esta idea, proponiendo que los factores de neuroticismo y conciencia (que difieren de la población normal) pueden ser marcadores de vulnerabilidad de la esquizofrenia.

Para examinar si los rasgos de personalidad actúan como factores predisponentes a la esquizofrenia, es necesario, por una parte, averiguar qué rasgos preceden el inicio de la enfermedad y, por otra, estudiar los rasgos comunes entre pacientes con esquizofrenia y sus parientes no afectados.¹⁰ Se ha estudiado la diferencia en los rasgos de personalidad entre pacientes con esquizofrenia y personas sanas por medio del Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI).¹⁷ Los pacientes con esquizofrenia obtuvieron elevadas puntuaciones en las escalas 2 (depresión), 7 (psicastenia) y 8 (esquizofrenia), que suelen aparecer asociadas con la esquizofrenia. También estas puntuaciones se han relacionado positivamente con neuroticismo y negativamente con extraversión. En cuanto a las diferencias entre pacientes con esquizofrenia y sus parientes, se encontró que los parientes de pacientes con esquizofrenia mostraban más rasgos de personalidad esquizotípica, mayor aislamiento social, más pensamiento mágico (excéntrico), más alteraciones en el funcionamiento socio-emocional y menos extraversión que los controles. Algunos estudios¹⁸ concluyen que la peculiaridad y la introversión son dos factores de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia.

Pero la investigación sobre los rasgos de personalidad premórbida presenta algunos problemas. La personalidad normalmente se mide una vez que se ha iniciado la enfermedad y por tanto, a veces, es difícil conocer cuál es la verdadera personalidad premórbida y cuál es parte de la reacción a la enfermedad. Ante esta dificultad se desarrolló el concepto de rasgos de personalidad actuales, que están influidos

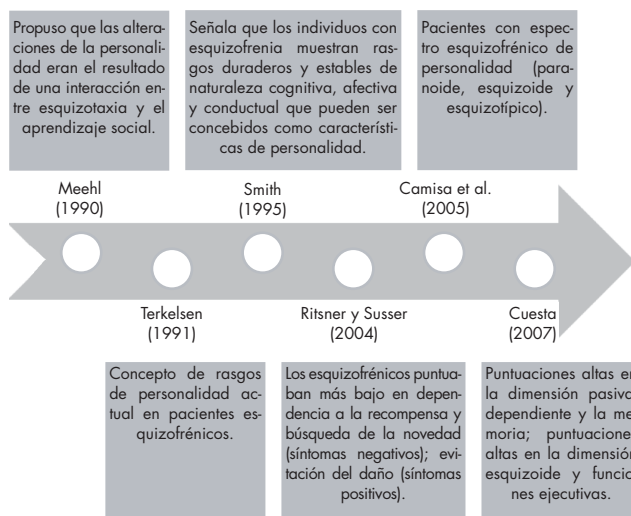


Figura 1. Trastornos de la personalidad más frecuentes en pacientes con esquizofrenia.

por la personalidad premórbida y por rasgos adquiridos en respuesta a la esquizofrenia y al tratamiento, y que pueden ser más relevantes y accesibles para la investigación que la personalidad premórbida.¹⁹

Diferentes estudios han señalado que los trastornos de la personalidad son más frecuentes en pacientes con esquizofrenia y en sus familiares, que en la población no afectada por la enfermedad (figura 1). El DSM-IV¹ advierte no diagnosticar TP en la esquizofrenia debido al efecto de la enfermedad en la personalidad.¹³⁻¹⁶

De acuerdo con estudios de Raquel Gur los pacientes con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo muestran menor precisión y velocidad en la mayoría de los dominios neurocognitivos que sus parientes, con y sin otros trastornos psiquiátricos, que a su vez fueron más afectados que los sujetos de comparación en la mayoría de los dominios. La heredabilidad estimada tras la inclusión de la media del efecto del diagnóstico, la edad y el sexo muestran una heredabilidad significativa para la mayoría de los dominios neurocognitivos, mayor flexibilidad, memoria verbal, memoria de rostros, procesamiento espacial, procesamiento de la emoción y velocidad de la atención.¹⁷

PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS²⁰⁻²²

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

menos estables y bajo la influencia de la experiencia y el medio (carácter) de la personalidad.²⁰

El modelo de los siete factores permite una descripción completa e integral de las diferencias individuales en cuanto a sentimientos, pensamientos y acciones, hecho que es de gran utilidad para estudiar a las personas que sufren de esquizofrenia. Este modelo permite entender y estudiar la relación entre los síntomas y la personalidad, ya que distingue entre rasgos temperamentales básicos (relacionados con procesos biológicos) y aspectos caracterológicos determinados evolutivamente. También es relevante para su estudio porque la dopamina, la serotonina y la noradrenalina, relacionadas con las dimensiones del temperamento, están implicadas en la expresión de los síntomas y son el principal objetivo de la medicación antipsicótica.^{20,21}

En cuanto al temperamento, se ha documentado que los pacientes con esquizofrenia tienen un puntaje más bajo en búsqueda de la novedad (indiferencia, reflexión y desapego), más alto en evitación del daño (pesimismo, timidez, fatigabilidad y preocupación innecesaria que inhibe al individuo en las situaciones sociales) y más bajo en persistencia (inactividad, inestabilidad y tendencia a rendirse), que los sujetos normales. En cuanto al carácter, presentaron puntuaciones más bajas en autodirección (inmadurez, fragilidad y fallo en el principio de organización interna) y cooperatividad (socialmente intolerante, poco servicial y conductas destructivas) que los sujetos normales.²²

Una vez comprobado que el temperamento y el carácter de las personas con esquizofrenia difieren de las personas sanas, se plantea la cuestión de cómo estos rasgos de personalidad se relacionan con diferentes aspectos de esta enfermedad.^{21,22}

En cuanto a la relación entre estos rasgos de personalidad y los síntomas esquizofrénicos, la baja búsqueda de la novedad, alta evitación del daño y baja persistencia tienen mucho que ver con evitación social y síntomas negativos propios de la fase estable de la enfermedad. Cloninger relaciona la baja búsqueda de la novedad con la hipoactivación de la dopamina y la alta evitación al daño con la hiperactividad de la serotonina; esto hace pensar que las alteraciones en el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia tienen sus raíces en la personalidad, probablemente a nivel genético, produciendo disfunciones en varios sistemas cerebrales monoaminérgicos.

El conocimiento sobre el temperamento puede guiar al tratamiento, ya que en pacientes con alta búsqueda de la novedad se ha demostrado que es mejor el entrenamiento en tareas de investigación que el trabajo en grupo, y que la rehabilitación debe incluir actividades que reduzcan la necesidad de buscar excitación por medio de las sustancias psicoactivas.^{20,22}

Dentro de los trastornos de la personalidad se han estudiado con gran interés los trastornos de personalidad del espectro esquizofrénico (TPEE), donde normalmente se incluyen los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide

y esquizotípico (grupo A, raros o excéntricos de los TP del DSM-IV-TR). El propio DSM-IV-TR¹¹ indica que los familiares de sujetos con esquizofrenia pueden presentar mayor riesgo de presentar TPEE. Lo primero que se debe averiguar es si las personas con TPEE tienen los mismos rasgos de personalidad que aquellas con esquizofrenia. Los pacientes con TPEE se han asociado con puntuaciones altas en neuroticismo y bajas en extraversión. En este contexto conviene recordar el Modelo del Continuo o del Espectro, que afirma que los rasgos de personalidad y los trastornos de Eje I son manifestaciones de procesos etiológicos comunes. Según este modelo, los rasgos y conductas de la esquizofrenia se asocian con los trastornos de personalidad «raros o excéntricos» del Eje II, particularmente con el trastorno de personalidad esquizotípico.

Otro aspecto fundamental para los investigadores es la estabilidad de la personalidad durante el desarrollo de la enfermedad. Los rasgos de personalidad son patrones de conducta, sentimientos y pensamientos de naturaleza cognitiva, afectiva o interpersonal, que mantienen una relación duradera pero variable con los síntomas primarios de la esquizofrenia, por lo que una noción de personalidad dimensional, que implica procesos afectivos, cognitivos y conductuales adoptando una variedad de perspectivas teóricas permite distinguir entre características de personalidad adaptativas y desadaptativas y explicaría el grado de variación de los síntomas.²³

Por otra parte, es de sobra conocido que en la esquizofrenia existen déficits cognitivos que se relacionan con los rasgos de personalidad. Algunos estudios proponen que puntuaciones altas en la dimensión pasiva-dependiente (ansiedad, dependencia, inmadurez) estaban relacionadas con pobre funcionamiento de la memoria, y que altas puntuaciones en la dimensión esquizoide (introspección, suspicacia, timidez, aislamiento) estaban relacionadas con un pobre funcionamiento en las funciones ejecutivas. Por lo tanto estos resultados apoyan la idea de que altos niveles en ciertas dimensiones de la personalidad están asociados con un pobre rendimiento cognitivo. A su vez, las diferencias en cuanto a la personalidad pueden ayudar a entender la variabilidad (heterogeneidad) de los síntomas, propia de la esquizofrenia y a ajustar así los tratamientos a cada individuo.

CONCLUSIONES

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.

A las dificultades derivadas de la definición de estos conceptos, se añaden otras que dificultan notablemente la

comprensión de las relaciones específicas entre los constructos de «Personalidad» y «Esquizofrenia».

Es importante saber qué rasgos de personalidad actúan como predisponentes, qué rasgos son estables y cuáles son producto de la enfermedad; es necesario hacer estudios longitudinales que evalúen de forma específica las características de la personalidad desde el inicio de la esquizofrenia para poder determinar su estabilidad o variabilidad de acuerdo al curso del padecimiento y las implicaciones en el pronóstico y tratamiento de la esquizofrenia.

Los rasgos de personalidad pueden influir en el inicio y desarrollo de la enfermedad y pueden ayudar a explicar las diferentes manifestaciones sintomáticas, la respuesta al tratamiento y la adaptación al medio ambiente de las personas que la sufren, aunque se debe tener en cuenta que una enfermedad crónica, compleja y devastadora como ésta, dejará huella en su personalidad.

Ciertos perfiles de personalidad como: baja extraversión, alto neuroticismo, alta evitación del daño y baja autodirección, pueden actuar como factores de vulnerabilidad.

Finalmente, haciendo una distinción por la sintomatología positiva y la negativa, se concluye que los síntomas negativos son más estables, tienen una base genética y se relacionan con el temperamento; en tanto que los síntomas positivos son más variables, tienen una base sociocultural y se relacionan con factores del carácter.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatry Association. Barcelona: Masson; 2002.
2. O'Flynn K, Gruzelier J, Bergman A et al. The schizophrenia spectrum personality disorders. En: Hirsh SR, Weinberger D (eds.). Schizophrenia. Segunda edición. Oxford: Blackwell Science; 2003; p. 80-100.
3. Fanous A, Gardner C, Walsh D et al. Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:669-673.
4. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophr Res* 2002;56:137-147.
5. Guillem F, Pampoulova T, Stip E, Lalonde P. Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia? A study using memory event-related potentials *Psychiatry Res* 2005;135:11-33.
6. Hansson L, Eklund M, Bengtsson-Tops A. The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of live in individual with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community *Qual Life Res* 2001;10:133-139.
7. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Ed. Hormé; 1993; p. 150-167.
8. Minkowski E. La esquizofrenia: psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México: Fondo de Cultura Económica; 2000; p. 300-325.
9. Smith TE, Shea MT, Schooler NR, Levin H et al. Studies of schizophrenia: personality traits in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1995;58:99-112.
10. Lysaker PH et al. Personality dimensions in Schizophrenia: associations with symptoms and coping. *J Nerv Ment Dis* 2003 191:80-86.
11. Silverman JM, Siercer LJ, Horvath TB, Coccaro EF et al. Schizophrenia-related and affective personality disorder traits in relatives of probands with schizophrenia and personality disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150:435-442.
12. Meehl PE. Toward an integrative theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *J Pers Disord* 1990;4:1-99.
13. Terkelsen KG, Smith T, Gallager RE, Schwartz F et al. Schizophrenia and Axis II. *Hospital Community Psychiatry* 1991;42:538-544.
14. Gross G et al. Premorbid personality in schizophrenia: the contribution of European long-term studies. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1993;2:14-20.
15. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia and personality. Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *J Abnorm Psicol* 1994;103:148-158.
16. Gurrera RJ, Nestor PG, O'donnel BF. Personality traits in schizophrenia: a comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:31-35.
17. Calkins ME, Tepper P, Gur RE et al. Project among African-Americans to explore risks for schizophrenia (PAARTNERS): evidence for impairment and heritability of neurocognitive functioning in families of schizophrenia patients. *Am J Psychiatry* 2010;167(4):459-472.
18. Eklund M, Hansson L, Bengtsson-Tops A. The influence of temperament on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004;19:34-41.
19. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and carácter. *Schizophr Res* 2002;56:137-147.
20. Guillem F, Pampoulova T, Stip E, Todorov C et al. Are there common mechanisms in sensation seeking and reality distortion in schizophrenia? A study using memory event-related potentials. *Psychiatry Res* 2005;135:11-33.
21. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia: comparison with a community sample. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:31-35.
22. Ritsner M, Susser E. Temperament types are associated with self-construct, elevated distress and emotion-oriented coping in schizophrenia: ¿evidence for a complex vulnerability marker? *Psychiatry Res* 2004;128:219-228.
23. Szoke A, Schurhoff F, Ferhadian N, Bellivier F et al. Temperament in schizophrenia: a study of Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *Eur Psychiatry* 2002;17:379-383.