

Reivindicación de la persona en la esquizofrenia

José Manuel García Montes¹ (*Universidad de Almería, España*) y
Marino Pérez Alvarez (*Universidad de Oviedo, España*)

(Recibido 16 mayo 2002 / Received May 16, 2002)
(Aceptado 9 septiembre 2002 / Accepted September 9, 2002)

RESUMEN. El estudio teórico que aquí se presenta expone las alternativas existentes a una concepción clásica de la esquizofrenia como síndrome psiquiátrico. En primer lugar se presenta el modelo con base en la noción de síntoma y su desarrollo polémico frente al síndrome, centrandó este debate en la fiabilidad y validez de ambas alternativas. Seguidamente se analizan las ventajas que pudiera acarrear para la investigación psicológica el estudio de síntomas concretos, así como ciertos inconvenientes a los que puede dar lugar. Por último, se considera una última propuesta, alternativa al síndrome y al síntoma, basada en la noción de "persona". Los autores analizan determinadas implicaciones que pudiera tener este último modelo. Se sugiere que este nuevo modelo abriría las puertas al estudio de los factores culturales implicados en la aparición y desarrollo de los síntomas psicóticos. Al mismo tiempo, permitiría entender el papel que juegan en la etiología de tales fenómenos las dificultades en resolver los problemas propios de la adolescencia. Por último, se tratan las consecuencias que para el tratamiento psicológico tiene un modelo con base en la noción de "persona".

PALABRAS CLAVE. Esquizofrenia. Síntomas psicóticos. Persona. Adolescencia. Estudio teórico.

ABSTRACT. This theoretical study examines current alternatives to a conception of Schizophrenia as a psychiatric syndrome. First, a model based on discrete symptoms and its development against the psychiatric syndrome of Schizophrenia is presented.

¹ Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano, s/n. 04120 Almería (España). E-Mail: jgmontes@ual.es

Data regarding reliability and validity of both models are presented and discussed. Advantages and disadvantages for psychological research of a symptoms model are also exposed. Finally, a third alternative, based on the notion of "human person", is postulated. Authors analyse diverse implications of such a model in certain detail. It is suggested that this model could be able to open a new and better understanding of the role played by cultural factors in the aetiology and development of psychotic symptoms. In a similar way, it would make possible to consider adolescence and its difficulties as a critical factor for the development of psychotic phenomena. Lastly, some implications of this model for the psychological treatment of psychotic symptoms are studied.

KEYWORDS. Schizophrenia. Psychotic Symptoms. Human Person. Adolescence. Theoretical study.

RESUMO. O estudo teórico que aqui se apresenta expõe as alternativas existentes a uma concepção clássica da esquizofrenia como síndrome psiquiátrica. Em primeiro lugar apresenta-se um modelo baseado nos sintomas concretos e seu desenvolvimento contra a síndrome psiquiátrica de esquizofrenia. Apresenta-se e discute-se os dados relativos à fiabilidade e validade de ambas alternativas. De seguida analisam-se as vantagens e as desvantagens que o estudo dos sintomas concretos pode acarretar para a investigação psicológica. Considera-se, ainda, uma última proposta, alternativa à síndrome e ao sintoma, baseada na noção de "pessoa humana". Os autores analisam em detalhe determinadas implicações deste último modelo. Sugere-se que este novo modelo possa abrir portas ao estudo dos factores culturais implicados na aparição e desenvolvimento dos sintomas psicóticos. Ao mesmo tempo, permitiria entender o papel que as dificuldades em resolver problemas próprios da adolescência têm na etiologia de tais fenómenos. Por último, estudam-se algumas implicações do modelo com base na noção de "pessoa" para o tratamento psicológico.

PALAVRAS CHAVE. Esquizofrenia. Sintomas psicóticos. Pessoa humana. Adolescência. Estudo teórico.

Introducción

El concepto de esquizofrenia ha atravesado profundos cambios desde su formulación original por Kraepelin y Bleuler (Cutting y Shepherd, 1987). En cierta medida se podría decir que siempre ha sido un concepto "en crisis". Ya en 1927, cuando Minkowski escribía *La esquizofrenia*, reconocía que, a la sazón, estaba de moda tener una tesis crítica respecto de dicho síndrome (Minkowski, 1980). En cualquier caso, desde el conocido artículo de Bentall, Jackson y Pilgrim (1988) en el que se propone abiertamente abandonar el concepto de "esquizofrenia", se ha encendido una interesante polémica relativa a qué modelo debe adoptarse respecto a los fenómenos psicóticos. La novedad de la propuesta de Bentall *et al.* (1988) no radicaba tanto en proponer el abandono de la noción de esquizofrenia –una moda de larga duración, como se ha dicho–, sino en sugerir un modelo alternativo con el que poder abordar la sintomatología psicótica (Bentall, 1990; Bentall *et al.*, 1988). Los distintos síntomas que suelen carac-

terizar a la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, etc.) son considerados por estos autores como fenómenos con la suficiente relevancia como para merecer un estudio por sí mismos. En este línea, los síntomas se pueden entender como clases de conductas resultantes de la interacción persona-situación. Y si determinados autores han propuesto un salto del estudio de la esquizofrenia a sus síntomas, otros han ido desde los síntomas a un modelo asentado en la noción de "persona" (Chadwick, Birchwood y Trower, 1996). El modelo en sí está poco más que enunciado por lo que a la psicosis se refiere, aun cuando, como veremos más adelante, existen ya trabajos bien elaborados (Harrop y Trower, 2001) que pueden encuadrarse dentro de este enfoque. De forma general, puede decirse que el aspecto fundamental que define un modelo "personal" es el esfuerzo humano por tratar de construir un sentido de sí mismo que sea, a la vez, valioso y auténtico (Chadwick *et al.*, 1996).

A continuación abordaremos los argumentos esgrimidos en pro y en contra de las alternativas al modelo clásico basado en el síndrome. Creemos oportuno señalar antes que, a nuestro juicio, la opción por un paradigma u otro no se sustenta sólo en consideraciones científicas (algo que se da por descontado), sino también en asunciones sobre la naturaleza del comportamiento humano (Kendler, 1990).

Los síntomas frente al síndrome

Las críticas al concepto de esquizofrenia y, en general, a la nosología psiquiátrica ya se habían producido, con toda su virulencia, en la década de los años sesenta y principios de los setenta por parte de autores como Laing (1993) o Szasz (1974). Estas críticas se caracterizaban por presentar una profunda carga ideológica, convirtiendo el debate en una cuestión más política que científica. Sin embargo, los autores que a finales de los años ochenta y principios de los noventa proponen abandonar la esquizofrenia en pro del estudio de los síntomas (por ejemplo, Bentall, 1990; Bentall *et al.*, 1988; Persons, 1986) procuran conducir sus argumentaciones, fundamentalmente, en torno a las propiedades psicométricas de los diagnósticos. No se quiere decir con esto que dichos autores no tengan conciencia del trasfondo ideológico y político que implica el paso que ellos mismos proponen. Así, como dice Pilgrim (1990), mientras se continúa el interminable debate sobre las definiciones de esquizofrenia que son más precisas y se prosigue en la búsqueda sin fin de sus causas, otras dimensiones más importantes de las vidas de las personas afectadas son dejadas de lado. Aun siendo conscientes de esto, Bentall *et al.* (1988) articulan su propuesta sobre las limitaciones científicas de la esquizofrenia como categoría nosológica y, especialmente, sobre su fiabilidad y validez.

Fiabilidad del síntoma y fiabilidad del síndrome

Teniendo en cuenta que los diversos síntomas vienen a conformar un determinado síndrome, sería lógico esperar una mayor fiabilidad inter-jueces de los diagnósticos basados en los síntomas que los que se asientan en síndromes (Costello, 1992). Sin embargo, la fiabilidad media del diagnóstico de esquizofrenia en diversos estudios revisados parece ser sustancialmente mayor que la que registran los síntomas consi-

derados individualmente (Mojtabai y Rieder, 1998). Así, Mojtabai y Rieder (1998) capitalizan estos datos a favor de un modelo que se asienta en el síndrome, dado que, a su parecer, comparar la fiabilidad de los síndromes con la de los síntomas equivale a comparar la fiabilidad del test y la de sus ítem. Como la teoría psicométrica predice, la fiabilidad del test es generalmente mayor que la de sus ítem individualmente considerados. De forma similar, se debe esperar que la fiabilidad del diagnóstico sea, cuando menos, tan alta como la de los síntomas que lo conforman. A nuestro juicio, el razonamiento que ofrecen Mojtabai y Rieder (1998) es un verdadero sofisma. La razón por la que los síndromes poseen una mayor fiabilidad inter-jueces que los síntomas se encuentra en la imprecisión y vaguedad de los primeros. Con el actual sistema de clasificación se presenta una lista de síntomas que pueden aparecer, pero sólo se necesita un cierto número para atribuir un diagnóstico, sin importar cuáles sean estos. Consecuentemente, la misma etiqueta diagnóstica cubre una gran variedad de síntomas y la diferencia con otras entidades nosológicas se encuentra mal perfilada (Van Praag, 1997). A nuestro parecer la defensa de la mayor fiabilidad de la esquizofrenia con base en estos datos sería similar a sostener que unos tiradores de dardos que disparan contra una diana de un metro de radio cuentan con una mejor puntería que otros que disparan a una de diez centímetros.

Validez del síndrome y validez del síntoma

La validez no es una entidad teórica unitaria. Existen diversas formas de entender y valorar la validez de una etiqueta diagnóstica o de una determinada prueba psicométrica. Así, puede pensarse en la validez de constructo, la validez de contenido, la validez concurrente, la validez aparente, etc. Bentall *et al.* (1988) han fundamentado sus críticas en la validez de constructo y en la validez predictiva de la esquizofrenia. Antes de pasar a analizar estas clases de validez no estaría de más reflejar las dudas que han surgido sobre el origen mismo del concepto de esquizofrenia. Según Boyle (1990), los problemas de validez de la esquizofrenia se hallarían presentes ya en su raíz por cuanto un considerable número de los casos clínicos que sirvieron de base a Kraepelin y a Bleuler para construir el diagnóstico sufrían, de hecho, una enfermedad neurológica con efectos parkinsonianos hoy conocida como encefalitis letárgica y descrita por Von Economo. Sea o no real esta posibilidad, lo cierto es que la evolución histórica del concepto está jalonada por disputas entre los distintos autores sobre las características esenciales que definen la esquizofrenia. Así, Bleuler (1987) situó el núcleo del trastorno esquizofrénico en la pérdida de asociaciones significativas, mientras que considera a los delirios y las alucinaciones como síntomas “secundarios”. Por el contrario, Schneider (1997) invierte la relación y ve a las alucinaciones y a los delirios como los síntomas de mayor relevancia. Así, puede fácilmente comprenderse el que muchos autores estén de acuerdo en que se ha producido un cambio sustancial en el cuadro clínico que define al diagnóstico durante el transcurso de este siglo (Warner y de Girolamo, 1996). No hace falta decir que con un diagnóstico que cambia en función de los autores que se consideren o del momento en que uno lo estudie, es difícil sustentar un debate fiable sobre su validez.

El advenimiento de las clasificaciones diagnósticas oficiales, como el DSM-IV de la *American Psychiatric Association* (American Psychiatric Association, 1994), han aportado, en efecto, una mayor estabilidad y consenso entre los distintos autores sobre qué ha de entenderse por esquizofrenia. Aun así, cabe preguntarse por la validez del constructo designado como “esquizofrenia”. ¿Estamos ante un constructo unitario? Para dar respuesta a esta pregunta, baste señalar que el DSM-IV exige, para determinar el diagnóstico de “esquizofrenia” dos o más de los siguientes síntomas: 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) lenguaje desorganizado, 4) conducta frecuentemente desorganizada o catatónica, 5) síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia). No hace falta realizar un análisis factorial para comprender la gran variabilidad de casos que pueden encuadrarse bajo dicha etiqueta. Justamente por esto, han sido muchos los trabajos que han tratado de obtener factor común y dividir un diagnóstico tan heterogéneo en unidades con mayor identidad y validez. Así, desde el planteamiento por parte de Crow (1980) de la existencia de dos tipos de esquizofrenia –positiva y negativa- la investigación realizada sobre la diferenciación esquizofrenia positiva / negativa es ingente (Lemos, 1995). Por ejemplo, Liddle (1987) tras evaluar a una muestra de 40 pacientes esquizofrénicos con varias escalas, encontró que el análisis factorial dividía los síntomas en tres síndromes distintos: pobreza psicomotora, desorganización y distorsión de la realidad. Desde entonces, varios estudios han respaldado una clasificación tripartita (Andreasen, Arndt, Alliger, Miller y Flaum, 1995; Arndt, Alliger y Andreasen, 1991; Johnstone y Frith, 1996). Sin embargo, utilizando una muestra de 138 sujetos y tomando como medida de referencia la Escala del Síndrome Negativo y Positivo de la Esquizofrenia (PANSS), Dolfus *et al.* (1996) obtuvieron, mediante un análisis de *cluster*, la presencia de, al menos, cuatro tipos de esquizofrenia: positiva, negativa, mixta y desorganizada, a los cuales habría que añadir un quinto tipo que incluye pacientes con pocos síntomas y que vendría a coincidir con la esquizofrenia simple de Bleuler. Como limitación de dichos estudios sobre validez de constructo, podríamos decir, que el número de factores que de ellos se obtienen está totalmente determinado por las medidas que previamente se han tomado. No es de extrañar que tanto Andreasen *et al.* (1995) como Arndt *et al.* (1991) coincidan en que existen tres sub-tipos de esquizofrenias. Dado que ambos estudios han utilizado las mismas escalas para evaluar a los pacientes, parece bastante razonable que la agrupación factorial haya resultado equivalente. Por el contrario, el trabajo de Dolfus *et al.* (1996), al utilizar una escala diferente, obtiene un número considerablemente mayor de factores. Y es que no conviene olvidar que el análisis factorial se realiza a partir de la matriz de correlaciones entre las variables; por tanto, la información que nos da, aunque re-elaborada mediante álgebra de matrices, proviene de dichas correlaciones y se agota en ellas. En relación con la validez predictiva de la esquizofrenia ha de decirse que generalmente se han tomado como criterios el curso y evolución del diagnóstico. Ello no es ajeno a la importancia que Kraepelin diera al -mal- pronóstico de la *daementia precox* frente a otras psicosis, aun cuando con posterioridad hubo de cambiar tal idea admitiendo que algunos casos curan completamente lo que le valió la denuncia de otros psicopatólogos de la época como Sommer, Bianchi o Serbski. Por su parte, Bleuler (1987) ya reconoció que el curso de la enfermedad era variable y se encontraba determinado por un amplio número de factores cuyos efectos podrían interactuar.

En nuestros días, la American Psychiatric Association (1994) reconoce que la mayoría de los estudios existentes sobre el curso y resultado de la esquizofrenia viene a mostrar que el curso puede ser variable, con individuos mostrando mejorías y recaídas mientras que otros permanecen enfermos de forma crónica. Justamente por esto la American Psychiatric Association (1994) no es capaz de ofrecer una revisión adecuada de los resultados de la esquizofrenia. En todo caso es interesante señalar que la evolución de la esquizofrenia a largo plazo muestra una estrecha relación con variables sociales, personales y clínicas (Lemos, 1995). Esto hace que los intentos de validar la esquizofrenia, o sus subtipos, tomando como criterio el pronóstico esté condicionado por otros factores relativos a diversos aspectos sociales de la muestra que se tome.

Dadas las deficiencias del criterio "pronóstico" se podría pensar que un buen criterio de validación sería la etiología del diagnóstico. Respecto al supuesto origen genético de la esquizofrenia, Marshall (1990) concluye una revisión sobre el tema afirmando que, aunque no se puede negar que los factores genéticos son relevantes, se les ha prestado demasiada importancia y, en consecuencia, se ha prestado menos atención a un amplio espectro de causas ambientales como la marginación social, la pobreza, la falta de empleo, etc. Por otra parte, la investigación sobre los mecanismos biológicos responsables de la esquizofrenia es ingente. Mirsky y Duncan (citados por Lemos, 1995) han revisado los supuestos factores neurobiológicos implicados en la etiología de este trastorno entre los que se computan los siguientes: trastornos en el flujo sanguíneo cerebral, alteraciones en el tamaño ventricular y/o atrofia cortical, anomalías en el metabolismo de la glucosa, infecciones cerebrales víricas, alteraciones en las funciones hemisféricas o en las relaciones interhemisféricas y retraso en la maduración del sistema nervioso o déficit neurointegrativo. No parece, a primera vista, que el consenso de los investigadores sea especialmente reseñable por lo que, en puridad, tampoco se encuentra un criterio externo oportuno para validar el constructo.

Todas estas carencias que el diagnóstico de la esquizofrenia presenta han favorecido una línea de investigación que, centrándose en los síntomas, pretende llegar a conseguir resultados que conlleven un avance real en el abordaje psicológico de dichas cuestiones.

Ventajas del estudio de los síntomas

A la hora de analizar las ventajas que aportaría un modelo centrado en el síntoma seguiremos los argumentos que Persons (1986) ofrece. No debe perderse de vista que la autora considera estos argumentos en relación con el estudio de los trastornos del pensamiento en la esquizofrenia; no obstante, reconoce la aplicabilidad de estos argumentos a otros trastornos tales como la depresión, dislexia, obesidad y alcoholismo.

—Se evita una mala clasificación de los sujetos. En efecto, si lo que se quiere estudiar es un determinado fenómeno psicológico, como por ejemplo los trastornos del pensamiento, es posible que clasifiquemos a ciertos sujetos de manera errónea si atendemos a la categoría diagnóstica como variable de asignación a los grupos. Es posible que no todos los esquizofrénicos tengan trastornos del pensamiento y, a la vez, es probable que algunos sujetos del grupo control

muestren dichos trastornos. El resultado de esta mala clasificación sería que no estamos estudiando propiamente una hipótesis determinada sobre los trastornos del pensamiento, sino una hipótesis sobre una categoría diagnóstica. Este mismo argumento puede encontrarse en Costello (1992).

- Se estudian fenómenos importantes olvidados por los diseños con base en categorías diagnósticas. Dado que el interés teórico suele abarcar el estudio de la esquizofrenia en su conjunto se deja a un lado el estudio de fenómenos fundamentales como los trastornos del pensamiento, los delirios o las alucinaciones.
- Se facilita el desarrollo teórico. Según Persons el enfoque sintomático hace más fácil formular hipótesis sobre los mecanismos psicológicos responsables de éstos. En efecto, no es difícil proponer varias hipótesis interesantes sobre por qué ciertos pacientes escuchan voces; sin embargo, es muy difícil proponer un mecanismo cognitivo que dé cuenta del hecho de que algunos individuos muestren uno, varios o todos de los siguientes síntomas: uso infrecuente de determinadas palabras, respuestas asociativas, anhedonia, delirios y alucinaciones. Además, el enfoque sintomático permite a los investigadores estudiar interrelaciones entre determinados síntomas, lo que facilita un desarrollo de la comprensión teórica de los fenómenos.
- Se aíslan elementos concretos de patología para su estudio. Los estudios que comparan sujetos esquizofrénicos con un grupo de sujetos no esquizofrénicos en realidad vienen a contrastar a pacientes que tienen frecuentemente un gran número de síntomas severos con sujetos que no tienen ninguno o, en cualquier caso, tienen pocos. Por contra, el estudio de un síntoma concreto permite comparar a sujetos que son similares en todo excepto por la presencia del síntoma que se estudia. Ello repercute, obviamente, sobre la validez interna del diseño.
- Se reconoce la continuidad de los fenómenos clínicos con fenómenos normales. Los autores que se centran en el síntoma como unidad de estudio suelen reconocer que éstos son mejor aprehendidos si se entienden como un continuo con fenómenos no patológicos. Por ende, el estudio de síntomas ofrece la ventaja de colocar el estudio de la esquizofrenia en un marco teórico de mayores dimensiones sobre los fenómenos y procesos psicológicos. Persons (1986) reconoce que, aunque la continuidad de los síntomas es muy probable que se dé, es a la postre una cuestión de tipo empírico. Como tal cuestión empírica, no deja de haber autores que consideran que ya hay suficientes datos como para considerarla asentada, al menos con determinado tipo de síntomas. Tal es el caso de Chadwick *et al.* (1996) para los cuales uno de los mayores logros del enfoque cognitivo a los síntomas habría mostrar que la asunción de discontinuidad entre lo que sería experiencia ordinaria y la psicótica era imaginaria. Es cierto que la continuidad ha sido también defendida por autores que, en principio, mantienen la validez de la esquizofrenia como unidad diagnóstica. Así, Johns y Van Os (2001) han señalado que datos diversos vienen a indicar que la psicosis existe como un continuo de experiencias que también se dan en la población general. Ahora bien, no deja de ser curioso el que dichos autores, para probar la pertinencia de un modelo dimensional de la esquizofrenia, tengan que recurrir a

diversos estudios sobre síntomas concretos (especialmente delirios y alucinaciones) en la población normal.

- Mejoras en el sistema clasificatorio. Si se puede aprender algo sobre los mecanismos patológicos implicados en el desarrollo de un síntoma o de un conjunto de síntomas, se podría redefinir una determinada categoría diagnóstica en función de los mecanismos implicados. Por lo tanto, el enfoque sintomático no se opone a una clasificación, sino que propone un sistema clasificatorio que atienda a los mecanismos psicológicos implicados en los síntomas (Bentall, 1990; Bentall *et al.*, 1988; Blakemore, Smith, Steel, Johnstone y Frith, 2000; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995). En esta dirección, Morrison (1998) ha propuesto que procesos psicológicos como la atención selectiva y la evitación de experiencias privadas podrían dar cuenta del mantenimiento, tanto de los ataques de pánico como de las alucinaciones auditivas. Con base en esto, no sería descabellado agrupar, bajo una misma etiqueta diagnóstica, síntomas en principio diversos pero que respondieran a los mismos mecanismo psicológicos.
- Inconvenientes de un diagnóstico con base en la noción de síntoma. Las ventajas que, a nuestro juicio, guarda un enfoque centrado en los síntomas no son incompatibles con ciertos inconvenientes que se detallarán seguidamente. Un primer problema que se ha visto al acercamiento sintomático es justamente su nombre (Chadwick *et al.*, 1996). Síntoma es, en efecto, un nombre con resonancias médicas y unido, en cierta medida, a la noción de enfermedad. Si lo que se propone es un modelo dimensional no tendría mucho sentido seguir manteniendo una denominación que en sí misma remite a la patología. En todo caso, es de esperar que ésta y otras expresiones que se utilizan con profusión dentro del ámbito de la Psicología (por ejemplo, tratamiento, intervención o el propio nombre de psicología clínica) sean metáforas que utilice el psicólogo en vez de ser éste utilizado por ellas. Otro inconveniente que presenta un modelo centrado en el síntoma, como alternativo a la noción tradicional de esquizofrenia, es que tales síntomas —por ejemplo, los delirios— no dejan de ser un conjunto complejo de conductas. Existen, en efecto, delirios altamente estructurados y delirios con una estructura mínima, delirios persecutorios y delirios erotomaniacos, de grandiosidad, celotípicos, etc. Cabe, pues, preguntarse si todos los delirios pueden ser explicados del mismo modo o más bien habría que establecer subdivisiones de forma similar a lo que se ha hecho con el concepto clásico de esquizofrenia. En esta línea, Garety y Freeman (1999) han señalado que una de las principales limitaciones que encuentran los estudios empíricos de los modelos cognitivos sobre la sintomatología delirante es, justamente, la escasa fiabilidad de los métodos utilizados para asignar los sujetos a los grupos en función de los tipos de delirios que los pacientes muestran. Así, por ejemplo, según señalan dichos autores, en diversos estudios los términos paranoide y persecutorio se utilizan indistintamente y, además, no aparecen definidos de forma alguna (Garety y Freeman, 1999). Un tercer inconveniente del acercamiento sintomático a los fenómenos psicóticos se referiría a que, como señalan Chadwick *et al.* (1996), la mayoría de los modelos psicológicos desarrollados se ha centrado fundamen-

talmente en los factores de mantenimiento de los síntomas. No en vano la literatura sobre estrategias de afrontamiento de determinados síntomas psicóticos es amplia (en relación con las alucinaciones, Haddock, Bentall y Slade, 1996; Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher, 1998; Romme y Escher, 1989; Romme, Honing, Noorthoorn y Escher, 1992; Yusupoff y Tarrier, 1996). Este interés por los factores psicológicos que mantienen la sintomatología psicótica corre parejo con una falta de atención por aquellas situaciones vitales que pueden promover la aparición de los mismos en determinadas personas (Niv, 1980; Romme y Escher, 1993). Y es que, como señalan Perona y Cuevas (2002), la sintomatología psicótica está inserta en una complicada red de factores que tienen que ver no sólo con las alucinaciones auditivas y los delirios, sino que se encuentran también relacionados con otras conductas del sujeto, así como con diversos factores de su entorno. Se hace necesario, por tanto, un enfoque que sitúe los síntomas en una perspectiva global, es decir, dentro del contexto social y cultural en el que la persona se encuentre.

La persona como modelo alternativo

Como se ha dicho anteriormente, han sido Chadwick *et al.* (1996) los primeros autores en proponer explícitamente un cambio de programa en la investigación psicopatológica: el modelo con base en la noción de “persona”. Dicho modelo personal entiende las experiencias psicóticas como fenómenos unidos al desarrollo psicológico normal y, concretamente, al esfuerzo humano por tratar de construir un sentido de sí mismo que sea, a la vez, valioso y auténtico (Chadwick *et al.*, 1996). El modelo está meramente enunciado y los desarrollos del mismo dependerán, a nuestro juicio, de la noción que se mantenga sobre lo que la persona es y sobre el proceso de su construcción. Con base en una concepción radicalmente cultural de la construcción del psiquismo y la persona (Fuentes, 1994; Pérez, 1996a; Quiroga, 1999), se expondrán seguidamente las aportaciones más importantes que, a nuestro parecer, dicho modelo puede ofrecer en el campo de la esquizofrenia.

Persona, cultura y esquizofrenia

Aunque la persona es fundamental en psicología clínica tiene, sin embargo, una presencia esquiva. Siempre se alude de una u otra manera (“la persona que sufre”, “el paciente como persona”), pero igualmente se elude sin que parezca tomarse en serio. La importancia del concepto de persona es que permite entender la conducta y, para el caso, el síntoma en función de quien lo tiene porque, curiosamente, la conducta, y el síntoma, son de alguien. El punto es percibir esta articulación entre la persona y la conducta de esa persona. Siendo así, la noción de persona tiene que hacerse cargo de ese doble aspecto, por un lado, la persona como entidad que trasciende cada acción y, por otro, la acción en la que se resuelve continuamente la persona. Este doble aspecto ha sido cifrado de muchas maneras, lo que quiere decir que es tan usual como difícil de concretar. Entre ellas figuran el par identidad personal/persona social, ser/estar, persona/personaje, sí-mismo/intérprete, yo/mi. En la Tabla 1 se ofrecen estas y otras formas.

TABLA 1. Distintas versiones del doble aspecto de la persona.

Contexto o autor	La persona como ...	
	Identidad personal	Persona social
Lenguaje	Yo (sujeto)	Mi (objeto)
Idioma español	Ser	Estar
Doble sentido de "actor"	"Auctor" (= autor)	"Actor" (= intérprete)
Doble sentido del "carácter" como	Característica idiosincrática	Caracterización del papel
Doble sentido de la personalidad como	Rasgo propio	Estilo distintivo
Derecho, moral	Autor responsable	Actuación
Ejemplo literario	Alonso Quijano	Don Quijote
Kant (1781)	Yo trascendental	Yo empírico
W. James (1890)	Yo	Mi
G. H. Mead (1934)	Yo	Mi
E. Goffman (1957)	Actor	Personaje
D. W. Winnicott (1979)	Yo-verdadero	Yo-falso
R. D. Laing (1960)	Yo-verdadero	Yo-falso
P. Chadwick <i>et al.</i> (1996)	Yo subjetivo	Yo-objetivo
C. Castilla del Pino (1998)	Sujeto	Yo
T. Higgins (1987)	Sí-mismo propio	Sí-mismo según otros
V. F. Guidano (1991)	Sí mismo como sujeto (yo)	Sí mismo como objeto (mi)
Psicoterapia Analítica Funcional	Unidad funcional (control privado)	Conductas específicas
Terapia de Aceptación y Compromiso	Persona (yo contexto)	Conducta (yo contenido)

El primer aspecto viene a ser fondo biográfico, cuya trayectoria personal funda la identidad cara a los demás y para sí mismo. Es el *ethos* en el sentido etológico de presencia corporal y ético de forma de conducirse comportamentalmente, por lo que uno es reconocido como el que es por los demás. Este primer aspecto incorpora el orgullo o amor propio (Savater, 1998). Por su parte, el segundo consistiría en las acciones de la persona o actuaciones por las que se realiza en la práctica de la vida. En realidad, la persona se resuelve en lo que hace, incluyendo tanto sus actuaciones públicas como los eventos privados (sentimientos, pensamientos, alucinaciones, etc.) La cuestión es que la persona se realiza en la acción tanto como la acción realiza a la persona, de ahí esta unidad dialéctica y conjugación mútua del par persona/personaje o como se diga. Semejante planteamiento permite entender la situación dramática de la persona en la sociedad moderna, habida cuenta la variedad de contextos distintos y dispares en los que se desempeña, tratando de mantener, sin embargo, su propia identidad. La teoría de las auto-discrepancias de Higgins (1987) sería un ejemplo de esta situación. Por lo demás, el yo saturado (Gergen, 1992), el yo vacío (Cushman, 1991), el narcisismo (Lash, 1991), la crisis de identidad (Giddens, 1995), la corrosión del carácter (Sennett, 2001) son otras tantas formas de dar cuenta de esta problemática.

Las implicaciones clínicas de la noción de persona son de primer orden. Aparte de los trastornos de personalidad, cuyo planteamiento en esta línea tiene un notable análisis en la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991; Pérez, 1996a) y del trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001), cuyo tratamiento en términos de la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Pérez, 1996a) toma en cuenta la distinción persona/conducta, se citaría aquí la esquizofrenia. Es interesante a este respecto saludar la nueva aportación inglesa, en el espíritu de

Laing en *El yo dividido*, aunque en la letra cognitivo-conductual. Así, la reivindicación del síntoma frente al síndrome sirve a Bentall, Kinderman y Kaney (1994) y a Chadwick *et al.* (1996) para resituar el trastorno en la perspectiva de la persona. Por su lado, Romme y Escher (1993) rescatan la capacidad de las personas para aceptar las alucinaciones, sin que trastornen sus vidas, lo que se ofrece como alternativa del empeño combativo clínico al uso. Por otro lado, Harrop y Trower (2001) reparan en la formación de la identidad personal en la adolescencia como situación propicia para el desarrollo de los trastornos psicóticos, lo que se retomará después.

La reivindicación de la persona es solidaria de una consideración cultural de los trastornos psicológicos, incluyendo la esquizofrenia. Sin negar los datos biológicos que haya que tener en cuenta, el caso es que tampoco se afirman por adelantado sino que, simplemente, se pone por delante la vida a la biología. Al fin y al cabo, la tan asumida teoría de la vulnerabilidad no es nada aparte del estrés de la vida, antes bien, parece tautológica, porque se invoca cuando se da el trastorno. Tal pareciera que la invocación de la vulnerabilidad biológica es proporcional al desconocimiento de los marcadores biográficos. A este respecto, se empezaría por establecer la afinidad entre la esquizofrenia y la cultura moderna (Sass, 1992). Baste recordar aquí que determinados rasgos culturales presentes en el arte y el pensamiento occidentales son también aspectos comunes de la experiencia de las personas esquizofrénicas. Piénsese, por ejemplo, en la pérdida de la espontaneidad, en la abstracción, en la intelectualización de la experiencia, en la alta vulnerabilidad del yo, en la duda constante sobre la realidad, etc. Con ello no se pretende afirmar que la esquizofrenia sea una consecuencia directa de determinadas prácticas culturales presentes en nuestra sociedad. Sencillamente, se apunta la relevancia que, a nuestro juicio, tendría la consideración de los factores contextuales en el estudio de la esquizofrenia una vez se ha adoptado un modelo con base en la noción de persona.

La adolescencia como periodo crítico

Puede considerarse un tópico señalar que la edad de comienzo de la esquizofrenia se sitúa, por lo general, en la adolescencia tardía o en el comienzo de la edad adulta (Bellack, Buchanan y Gold, 2001; Harrop y Trower, 2001; Verdoux *et al.*, 1998). Este hecho ha sido resaltado por Harrop y Trower (2001) a la hora de proponer un modelo personal de las experiencias psicóticas. La adolescencia es, en efecto, la etapa evolutiva en la que los jóvenes se suelen enfrentar por primera vez con grupos distintos de personas (familiares, amigos, etc.) que esperan de ellos comportamientos diferentes (Newman y Newman, 2001). De ahí que la adolescencia sea un periodo fundamental en la formación de la persona, pues ésta se constituye, como ya se ha apuntado, a partir de la resolución de los conflictos que puedan existir entre distintos papeles sociales (Fuentes, 1994; Pérez, 1996a; Quiroga, 1999). Si el joven adoptara completamente el papel que le asigna la familia o, en su caso, el grupo de pares, acabaría convirtiéndose en un mero personaje sin clase alguna de autonomía. Por el contrario, si el adolescente presenta un grado demasiado elevado de autonomía respecto de los grupos de pertenencia, correría el riesgo de quedarse aislado y, por tanto, no poder desempeñar ninguna clase de papel. Siendo esto así, la adolescencia constituiría un periodo evolutivo especialmente

difícil en su resolución. No en vano, Harrop y Trower (2001) presentan un total de ocho problemas comunes en la adolescencia que suelen ser frecuentes también en clientes esquizofrénicos, a saber: un alto nivel de estrés, los conflictos con otros miembros de la familia, un proceso de des-idealización de determinadas personas, experiencias depresivas, egocentrismo, un cierto sentido de incompreensión, la búsqueda de causas o personas a las que seguir, amén de la alta presencia de otros síntomas prodrómicos entre la población adolescente. En consecuencia, según sostienen dichos autores, la esquizofrenia es la consecuencia de una adolescencia problemática que no conduce al individuo a un estado de maduración personal. Los síntomas de las psicosis emergerían, pues, de esta suerte de adolescencia bloqueada y no de ningún tipo de enfermedad o déficit psicológico (Harrop y Trower, 2001). Contra esto sería posible argumentar que la aparición de experiencias psicóticas no se reduce únicamente a la adolescencia tardía y que, incluso, pueden darse en la vejez (Castle, Wessely, Howard y Murray, 1997). A nuestro juicio, dicho dato no va en detrimento de un modelo personal, sino que, por contra, puede ofrecer la casuística más valiosa para su establecimiento. Y es que, como afirma Castilla del Pino (1998), la vida de cada cual se constituye en torno a un número relativamente limitado de situaciones estables en las que se reiteran papeles ya utilizados -personajes-. Un contexto nuevo, un cambio de escenario, requiere construir un papel *ad hoc*, tarea laboriosa, no exenta de riesgos y, por tanto, deparadora de inseguridad.

Consecuencias para el tratamiento psicológico

Una primera recomendación en el tratamiento sería la conveniencia de que los clínicos sepan reaccionar con prudencia y normalidad ante la sintomatología psicótica (García, 2002; García y Pérez, 2001). La alarma con la que es habitual que se proceda puede ser especialmente perjudicial en los pacientes adolescentes que tratan de construir un sentido del yo sólido y estable. Por otro lado, desde un enfoque con base en la noción de persona sería imposible concebir un tratamiento psicológico que no incluyera el contexto cultural y social en el que el cliente se desenvuelve. De este modo, como han apuntado Perona y Cuevas (1997, 2002), no cabe establecer diferenciación alguna entre tratamiento psicológico y rehabilitación social. Así, en relación con la sintomatología propiamente dicha, se trataría de dejar de luchar contra los síntomas en favor de reorientar la vida en un sentido personalmente valioso, de acuerdo con un saber terapéutico clásico debido a Alfred Adler y explotado por la logoterapia (Pérez, 1996b) y que parece redescubrir con renovada lógica la terapia de aceptación y compromiso (Hayes *et al.*, 1999). Es de esperar que estas afinidades reales lleguen a ser electivas (Pérez, 2001). Qué buena cosa sería que algún día los clínicos, particularmente los psiquiatras, dejen de ensañarse contra los síntomas y ayuden realmente a la gente a reponerse cara al horizonte de su vida. Es sumamente interesante ver, a este respecto, que las estrategias más eficaces contra los síntomas psicóticos consisten, precisamente, en la aceptación y no en la confrontación (Romme y Escher, 1993), lo que supone el poder de la persona respecto a los eventos de su experiencia (que de otra manera le llevarían a las consabidas evitaciones contraproducentes e, incluso, a remedios peores que la enfermedad). De acuerdo con la revisión de Perona y Galán (2001), la estrategia más eficaz contra las alucinaciones auditivas es la aceptación, entendida como afrontamiento pasivo o aceptación

activa, exponiéndose y a la vez ignorando las voces. Aunque los síntomas no disminuyen, pierden su funcionalidad como trastorno, dejando de causar angustia (Perona y Galán, 2001), reduciendo las rehospitalizaciones (Bach y Hayes, en prensa) y permitiendo seguir la vida (Romme y Escher, 1993). Así mismo, es interesante ver que la recuperación de trastornos psicóticos implica el redescubrimiento, la reconstrucción y la utilización de un sentido funcional del yo (Davidson y Strauss, 1992). Concretamente, estos autores encuentran asociados a la recuperación los cuatro aspectos siguientes: 1) el descubrimiento de un yo más activo, donde figura la “aceptación gradual de la enfermedad como entidad separada de la persona” (p. 135), 2) el inventario de posibilidades personales, incluyendo la redefinición de valores, 3) la puesta del yo en acción, asumiendo compromisos, y 4) la apelación al yo “algo durable en medio de los síntomas y como recordatorio de que no son más que síntomas de una enfermedad y, por tanto, no serán ni tan desafiantes ni tan interminables como parecen” (p. 140).

En fin, aunque no se alcance una “mente maravillosa”, todo ello servirá para una sana aceptación de la desdicha ordinaria que, como dijera Freud, forma parte de la vida.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.)* Washington, DC: APA
- Andreasen, N. C., Arndt, S., Alliger, R., Miller, D. y Flaum, M. (1995). Symptoms of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 341-351.
- Arndt, S., Alliger, R. J. y Andreasen, N. C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms. The failure of a two-dimensional model. *British Journal of Psychiatry*, 158, 317-322.
- Bach, P. y Hayes, S. C. (en prensa). The use of acceptance and commitment therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Bellack, A. S., Buchanan, R. W. y Gold, J. M. (2001). The American Psychiatric Association: practice guidelines for schizophrenia. Scientific base and relevance for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 32, 283-308.
- Bentall, R. P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis. Or why you can't play 'twenty questions' with the concept of schizophrenia and hope to win. En R. P. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 23-60). Londres: Routledge.
- Bentall, R. P., Jackson, H. F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of 'schizophrenia': some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bentall, R. P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional process and abnormal beliefs: Toward a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Blakemore, S.J., Smith, J., Steel, R., Johnstone, E. C. y Frith, C. D. (2000). The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: Evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychological Medicine*, 30, 1131-1139.
- Bleuler, E. (1987). The prognosis of dementia praecox: The group of schizophrenias. En J. Cutting y M. Shepherd (eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept*. Transla-

- tions of seminal european contributions on schizophrenia* (pp. 59-74). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, M. (1990). The Non-Discovery of Schizophrenia. Kraepelin and Bleuler reconsidered. En R. P. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 3-22). Londres: Routledge.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Castle, D. J., Wessely, S., Howard, R. y Murray, R. M. (1997). Schizophrenia with onset at the extremes of adult life. *Schizophrenia Research*, 24, 248-249.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Ilusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 160, 304-308.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology os schizophrenia: More than one disease process. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Cushman, P. (1991). Why the self is empty. Toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, 45, 599-611.
- Cutting, J. y Shepherd, M. (1987). Introduction. En J. Cutting y M. Shepherd (eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept. Translations of Seminar European Contributions on Schizophrenia* (pp. 1-10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Davidson, L. y Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Dolfus, S., Everitt, B, Ribeyre, J. M., Assouly-Besse, F., Sharp, C. y Petit, M. (1996). Identifying subtypes of schizophrenia by cluster analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 545-555.
- Fuentes, J. B. (1994). Introducción del concepto de 'conflicto de normas irresuelto personalmente' como figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Psicothema*, 6, 3, 421-446.
- García, J. M. (2002). *El papel de la supresión de pensamientos autodescrepantes sobre la calidad perceptiva de las ilusiones auditivas*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- García, J. M. y Pérez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 1123, 455-472.
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Gergen, K. G. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en la sociedad contemporánea*. Barcelona: Paidós (Orig. 1991).
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península (Orig. 1991).
- Goffman, E. (1987). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorortu (Orig. 1957).
- Guidano, V. F. (1994). *El sí-mismo en proceso*. Barcelona: Paidós (Orig. 1991).
- Haddock, G., Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1996). Psychological treatments of auditory hallucinations: focusing or distraction? En G. Haddock y P. D. Slade (eds.), *Cognitive-Behavioural Intervention with Psychotic Disorders* (pp. 45-70). Londres: Routledge.
- Haddock, G., Slade, P. D., Bentall, R. P., Reid, D. y Faragher, E. B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 339-349.
- Harrop, C. y Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence. *Clinical Psychological Review*, 21, 241-266.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. México: FCE (Orig. 1890).
- Johns, L. C. y Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Johnstone, E. C. y Frith, C. D. (1996). Validation of three dimensions of schizophrenic symptoms in a large unselected sample of patients. *Psychological Medicine*, 26, 669-679.
- Kant, E. (1993). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Alfaguara (Orig. 1781).
- Kendler, K. S. (1990). Toward a scientific psychiatry nosology. Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 969-973.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Laing, R. D. (1993). *El yo dividido*. Madrid: FCE (Orig. 1960).
- Lash, C. (1991). *La cultura del narcisismo*. Barcelona: Andrés Bello (Orig. 1979).
- Lemos, S. (1995). *Psicopatología*. Madrid: Síntesis.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Marshall, R. (1990). The genetics of schizophrenia. Axiom or hypothesis? En R. P. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 89-117). Londres: Routledge.
- Mead, G. G. M. (1999). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós (Orig. 1934).
- Minkowski, E. (1980). *La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos*. Buenos Aires: Paidós (Orig. 1927).
- Mojtabai, R. y Rieder, R. O. (1998). Limitations of the symptom-oriented approach to psychiatric research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 198-202.
- Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A. P., Haddock, G. y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-268.
- Newman, B. M. y Newman, P. R. (2001). Group identity and alienation. Giving the we its due. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 515-538.
- Niv, M. D. (1980). Schizophrenia: An existential approach. *American Journal of Psychoanalysis*, 40, 43-52.
- Pérez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas
- Pérez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Perona, S. y Cuevas, C. (1997). Tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas en un paciente esquizofrénico: un estudio de caso. *Psicothema*, 9, 1, 33-45.
- Perona, S. y Cuevas, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14, 26-33.

- Perona, S. y Galán, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. *Clínica y Salud*, 12, 145-178.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Pilgrim, D. (1990). Competing histories of madness. Some implications for modern psychiatry. En R. P. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia* (pp. 211-233). Londres: Routledge.
- Quiroga, E. (1999). La personalidad como estructura dinámica conductual definida por la conjugación autor-actor. *Apuntes de Psicología*, 17, 309-326.
- Romme, M. A. y Escher, A. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Romme, M. y Escher, S. (1993). *Accepting voices*. Londres: Mind.
- Romme, M. A., Honig, A., Noorthoorn, E. O. y Escher, A. D. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Sass, L. A. (1992). *Madness and Modernism. Insanity in the light of modern art, literature and thought*. Cambridge: Harvard University Press.
- Savater, F. (1998). *Ética como amor propio*. Barcelona: Grijalbo/Mondadori.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología Clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología (Orig. 1946).
- Sennett, R. (2001). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama (Orig. 1998).
- Szasz, T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Nueva York: Harper y Row (Orig. 1961).
- Van Praag, H. M. (1997). Over the mainstream: Diagnosis requirements for biological psychiatry research. *Psychiatry Research*, 72, 201-212.
- Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R. y Bourgeois, M. (1998). Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophrenia Research*, 29, 247-254.
- Warner, R. y de Girolamo, G. (1996). *Epidemiología de los Trastornos Mentales y de los Problemas Psicosociales: Esquizofrenia*. Madrid: Meditor.
- Winnicott, D. W. (1979). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. En D. W. Winnicott (ed.), *El proceso de maduración en el niño* (pp. 169-184). Barcelona: Laia.
- Yusupoff, L. y Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock y P. D. Slade (eds.), *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (pp. 86-102). Londres: Routledge.