

TESIS DOCTORAL

Departamento

Psicología, Sociología y Filosofía

Área de conocimiento

Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Rasgos de personalidad, Procesos cognitivos e Ideación mágica en la Esquizofrenia

Autor

D. Miguel Yugueros Alonso

Director

Dr. D. Dionisio Manga Rodríguez

Universidad de León, 2010

A Blanca, Andrea y Rubén,

*a mis padres, hermano
y a mi familia en general,*

*a todos los que me han animado y ayudado,
compartiendo parte de su tiempo
para poder realizar esta tesis doctoral.*

*Espero que contribuya
a conocer mejor la enfermedad mental
y mejorar la calidad de vida
de quienes la sufren.*

*Miguel Yugueros Alonso
León, 2010*

Agradecimientos especiales :

A mi Director, Dr. Dioniso Manga Rodríguez, por su orientación y guía en todo el proceso de la tesis doctoral.

A los Profesionales que me han ayudado directamente en la recogida de datos en los distintos recursos, así como al resto de compañeros de sus equipos, por su colaboración e interés:

- Trinidad Crespo Herrero. Psicóloga y Coordinadora del C.R.P.S. San Juan de Dios (Palencia).
- Javier del Valle Cuadrado. Psicólogo y Coordinador del C.R.P.S. Real Fundación Hospital de la Reina (Ponferrada).
- Mercedes Chico del Río. Psicóloga de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Complejo Asistencial de Burgos. Hospital "*Fuente Bermeja*" (Burgos).
- Ignacio Lucas de la Viuda. Psicólogo de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital "*Santa Isabel*" (León).
- Dr. Francisco Luis Rodríguez Fernández. Psiquiatra de la Unidad de Convalecencia Psiquiátrica. Hospital "*Santa Isabel*" (León).
- Sara Merino Llorente. Psicóloga de la Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia. Hospital "*Santa Isabel*" (León).

Al Dr. Victor Abella García, por el apoyo en el proceso informático de datos.

Al Dr. Martín Vargas Aragón, por su interés y apoyo en la realización de esta investigación.

A todo/as los que han ayudado de forma anónima y desinteresada como Muestra en la realización de los cuestionarios, sin los que esta investigación sería imposible.

INDICE

	Página
• INTRODUCCIÓN	XXI

APROXIMACIÓN TEÓRICA

• CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA.	3
1. 1. APROXIMACIÓN CLÍNICA A LAS ESQUIZOFRENIAS	5
1. 2. MODELOS DE ESQUIZOFRENIA	15
• CAPÍTULO 2. ESQUIZOFRENIA Y PERSONALIDAD SEGÚN EL MODELO DE EYSENCK	27
2. 1. EL MODELO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK.	29
2. 1. 1. LA TEORÍA DEL PSICOTICISMO DE H. J. EYSENCK Y EL ENFOQUE DIMENSIONAL	35
2. 2. PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD: ESQUIZOTIPIA.	40
2.2.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ESQUIZOTIPIA	
2.2.2. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA	42
2.2.3. ESQUIZOTIPIA Y ESQUIZOFRENIA	45
2.2.4. DOS ENFOQUES DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS OPUESTOS: DIMENSIONAL VS CATEGORIAL	49
2.2.4.1. ENFOQUE DIMENSIONAL	
2.2.4.2. ENFOQUE CATEGORIAL	54
2.2.5. EVALUACION DE LA ESQUIZOTIPIA	57
2. 3. PSICOTICISMO E IDEACION MÁGICA	65
• CAPÍTULO 3. LOS PROCESOS COGNITIVOS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS	71
3. 1. EL DEFICIT COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA	73

3. 2. MODELOS DEL DÉFICIT COGNITIVO EN LA ESQUZOFRENIA	83
3. 2. 1. MODELOS DE ENFERMEDAD	83
3. 2. 2. MODELOS DE LA FUNCIÓN COGNITIVA	85
3. 3. LIMITACIONES METODOLÓGICAS	109
3. 4. FALLOS COGNITIVOS.	112
3. 5. RUMIACIÓN: ENTRE LA COGNICIÓN Y LA PERSONALIDAD	118
• CAPÍTULO 4. LA PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA.	129
4. 1. LATERALIDAD MANUAL.	142
4. 2. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA: LA BATERÍA LURIA-DNA	157

APROXIMACIÓN EMPÍRICA

• CAPÍTULO 5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	171
• CAPÍTULO 6. MATERIAL Y METODOLOGÍA	175
6.1. PARTICIPANTES EN LA MUESTRA	177
6.1.1. MUESTRA CLÍNICA	
6.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	184
6.2.1. DESCRIPCION DE CADA INSTRUMENTO	185
6.2.2. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	203
6.3. PROCEDIMIENTO	206
6.3.1. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS A LA MUESTRA	
- MUESTRA CLÍNICA	
- MUESTRA NORMAL	
6.3.2. DESCRIPCIÓN DE CADA TIPO DE RECURSO SANITARIO	208

- CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	210
- UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA	216
- UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA	220
- UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE LARGA ESTANCIA	224
6.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS	228
• CAPÍTULO 7. RESULTADOS	229
7. 1. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ESQUIZOFRÉNICOS.	234
7. 2. FALLOS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA	278
7. 3. LATERALIDAD MANUAL EN ESQUIZOFRÉNICOS	297
7. 4. NEUROPSICOLOGÍA Y ESQUIZOFRENIA	320
7. 5. LATERALIDAD MANUAL Y LURIA-DNA EN LA ESQUIZOFRENIA	340
• CAPITULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	343
8. 1. DISCUSIÓN	345
8. 2. CONCLUSIONES	365
• CAPÍTULO 9. CASOS ILUSTRATIVOS	369
▪ Caso 1: Varón, 34 años. Esquizofrenia Paranoide con defecto progresivo (F20.01).	374
▪ Caso 2: Varón, 49 años. Esquizofrenia paranoide episódica con síntomas residuales interepisódica (F20.02).	378
▪ Caso 3: Mujer, 38 años. Esquizofrenia paranoide episódica con síntomas residuales interepisódicos y con síntomas negativos acusados (F20.02).	382
▪ Caso 4: Varón, 24 años. Trastorno Esquizoafectivo de tipo Mixto (F25.0).	386
▪ Caso 5: Varón, 39 años. Esquizofrenia paranoide (F20.0).	390
▪ Caso 6: Mujer, 54 años. Esquizofrenia Paranoide (F 20.0).	395
▪ Caso 7: Mujer, 50 años. Trastorno de la personalidad sin especificación (F 60.9).	399

▪ Caso 8: Varón, 26 años. Trastorno mixto de la personalidad (F 61.0).	403
▪ Caso 9: Varón, 39 años. Trastorno de la personalidad sin especificación (F 60.9).	407
• ANEXOS	411
• ANEXO 1: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 1994).	413
• ANEXO 2: Subtipos de esquizofrenia según criterios del DSM-IV (APA, 1994).	414
• ANEXO 3: Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (APA, 1994).	
• ANEXO 4: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad (APA, 1994).	415
• ANEXO 5: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad (APA, 1994).	416
• ANEXO 6: Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad (APA, 1994).	417
• ANEXO 7: Versión de 3 factores del Cuestionario Exploratorio de la Personalidad CEPER. Caballo y Valenzuela (2001).	418
• ANEXO 8: Versión de 5 factores del Cuestionario Exploratorio de la Personalidad CEPER. Caballo y Valenzuela (2001).	419
• ANEXO 9: Cuestionario Revisado de Personalidad: EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1997).	421
• ANEXO 10: Cuestionario de Auto-conciencia (Rumiation Reflection Questionnaire, RRQ). Trapnell y Campbell (1999).	423
• ANEXO 11: Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ). Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (1982).	425
• ANEXO 12: Escala de Ideación Mágica (Magical Ideation Scale, MIS). Eckblad y Chapman (1983).	426
• ANEXO 13 a: Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo. (Edinburgh Handedness Inventory, EHI), Oldfield (1971).	427
• ANEXO 13 b: Cuestionario de Preferencia Manual (Manga, 2002).	428
• ANEXO 14: LURIA-DNA (Manga y Ramos, 2000): Portada del cuadernillo.	429
• ANEXO 15: LURIA-DNA (Manga y Ramos, 2000): Hoja del perfil del cuadernillo.	431
• ANEXO 16: C.R.P.S. San Juan de Dios de León (vista exterior).	433
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	435

INDICE
DE TABLAS
Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS

	Pág.
• Tabla 1: Factores causales de la esquizofrenia.	10
• Tabla 2: Modelos generales de esquizofrenia.	20
• Tabla 3: Modelos de vulnerabilidad de la esquizofrenia.	21
• Tabla 4: Tipología de Crow. Primera propuesta (1980) y aportaciones posteriores (1985, 1987).	24
• Tabla 5: Principales investigaciones sobre los estudios factoriales de la esquizotipia de 1997 hasta 2007, que incluyen ...	58
• Tabla 6: Teorías del déficit del procesamiento automático de la esquizofrenia.	100
• Tabla 7: Defectos cognitivos de la esquizofrenia encontrados en los principales paradigmas psicofisiológicos.	102
• Tabla 8: LURIA-DNA: Datos normativos (Medias y desviaciones típicas).	166
• Tabla 9: Relación de sujetos evaluados (Psicóticos y No psicóticos) en cada uno de los dispositivos de la muestra clínica obtenida (N=154).	177
• Tabla 10: Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos psicóticos.	182
• Tabla 11: Distribución de muestra clínica por diagnóstico en T. del estado de ánimo.	183
• Tabla 12: Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos de ansiedad.	183
• Tabla 13: Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos de personalidad	183
• Tabla 14: Instrumentos de evaluación empleados.	184
• Tabla 15: Relación de variables evaluadas en cada uno de los dispositivos de la muestra clínica (Psicóticos y No psicóticos) obtenida (N=154).	203
• Tabla 16: Actividad asistencial de los CRPS de León, Ponferrada y Palencia en 2006.	214
• Tabla 17: Actividad asistencial del CRPS de León en 2006.	214
• Tabla 18: Diagnósticos de los pacientes de los CRPS de León, Ponferrada y Palencia en 2006.	215
• Tabla 19: Actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Burgos y León en 2006.	218
• Tabla 20: Actividad asistencial de la Unidad de Rehabilitación de León en 2006.	218
• Tabla 21: Diagnósticos de los pacientes de la U. de Rehabilitación de León en 2006.	219
• Tabla 22: Actividad asistencial I de la Unidad de Convalecencia León en 2006.	222
• Tabla 23: Actividad asistencial II de la Unidad de Convalecencia León en 2006.	222
• Tabla 24: Diagnósticos de los pacientes de la Unidad de Convalecencia León en 2006.	223
• Tabla 25: Actividad asistencial de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia de León en 2006.	226

• Tabla 26 : Diagnósticos de los pacientes de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia de León en 2006.	227
• Tabla 27 : Propiedades psicométricas de las dimensiones del EPQ-R (N = 149 pacientes).	234
• Tabla 28 : Correlaciones entre las dimensiones N, E y P en los estudios de Russo et al. (2009) y Yugueros-Alonso (2009).	235
• Tabla 29 : Distribución de los casos de la muestra por grupo diagnóstico y sexo.	258
• Tabla 30 : Matriz de correlaciones entre las dimensiones de personalidad del EPQ-R y los estilos de los trastornos de personalidad del CEPER. N=127.	269
• Tabla 31 : Análisis factorial de los cinco factores del CFQ.	280
• Tabla 32 : Análisis factorial de los cinco factores respecto a los 25 ítems del CFQ.	280
• Tabla 33 : Análisis factorial resultante de los cinco factores del CFQ.	282
• Tabla 34 : Análisis factorial resultante de los cinco factores respecto a los 25 ítems del CFQ.	282
• Tabla 35 : Estudio de fiabilidad del factor F1 del CFQ.	283
• Tabla 36 : Estudio de fiabilidad del factor F2 del CFQ.	283
• Tabla 37 : Estudio de fiabilidad del factor F3 del CFQ.	284
• Tabla 38 : Estudio de fiabilidad del factor F4 del CFQ.	284
• Tabla 39 : Estudio de fiabilidad del factor F5 del CFQ.	284
• Tabla 40 : Estudio de fiabilidad de ítems eliminados.	285
• Tabla 41 : Estudio de fiabilidad del total de 25 ítems del CFQ.	285
• Tabla 42 : Datos estadísticos de cada grupo diagnóstico (edad, sexo y número).	290
• Tabla 43 : Subtests de la Batería Luria-DNA.	320
• Tabla 44 : Distribución por diagnósticos de la muestra clínica evaluada mediante la LURIA-DNA (N=31).	321

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
• Figura 1: Relación entre vulnerabilidad y acontecimientos amenazantes (Zubin y Spring, 1977)	17
• Figura 2: Modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984)	22
• Figura 3: Modelo jerárquico de la personalidad (Eysenck, 1982).	31
• Figura 4: Representación de la teoría de la continuidad del "psicoticismo" (Eysenck, 1992).	32
• Figura 5: Espacio tridimensional definido por las dimensiones eysenkianas E, N, y P.	33
• Figura 6: Vía cerebral de la Automonitorización de Frith (1995)	90
• Figura 7: Modelo neuropsicológico de la esquizofrenia (Gray et al., 1991)	108
• Figura 8: Perfil Neuropsicológico del sujeto en la Batería Luria-DNA.	167
• Figura 9: Medidas del EPQ-R de tres grupos de sujetos (N = 149).	236
• Figura 10: Diferencias de grupo en MIS como efecto principal (N = 203).	238
• Figura 11: Diferencias de grupo en Fallos Cognitivos como efecto principal (N = 167).	239
• Figura 12: Dendrograma obtenido para los 191 sujetos, con 5 medidas (EPQ-R y MIS)	242
• Figura 13: Perfiles de los seis grupos (cluster) de sujetos sugeridos por el dendrograma	244
• Figura 14: Los seis grupos en Ideación Mágica (sus medias en puntuaciones z).	245
• Figura 15: Tres grupos o cluster sugeridos por el dendrograma de la Figura 4	248
• Figura 16: Efecto principal de Grupo (CLUSTER) en Neuroticismo (N)	250
• Figura 17: Efecto principal de Grupo (CLUSTER) en Psicoticismo (P).	251
• Figura 18: Los tres grupos (cluster) en la Escala MIS. Efecto principal.	252
• Figura 19: Efecto principal de cluster en la escala ESQUIZOTÍPICA (CEPER).	253
• Figura 20: Efecto principal de cluster en ANTISOCIAL (CEPER).	254
• Figura 21: Efecto principal de cluster en la variable RUMIACIÓN	255
• Figura 22: Efecto principal de cluster en FALLOS COGNITIVOS (CFQ).	256
• Figura 23: Efecto principal de grupo en NEUROTICISMO con grupo diagnóstico (N=154).	259
• Figura 24: Los cuatro grupos de pacientes de la muestra en EXTRAVERSIÓN (E) del EPQ-R.	260
• Figura 25: Interacción de sexo y grupo con PSICOTICISMO	261

• Figura 26: Interacción sexo x grupo en Psicoticismo del EPQ-R ($p < .005$).	262
• Figura 27: Histogramas para P de los grupos 1 y 3, según el SEXO.	263
• Figura 28: Histogramas para Neuroticismo (N).	264
• Figura 29: Histogramas para Extraversión (E).	261
• Figura 30: Efecto de las edades de los grupos diagnósticos, divididos según el sexo.	266
• Figura 31: Tres grupos formados según las puntuaciones en ESQUIZOTIPIA.	270
• Figura 32: Personalidad antisocial.	271
• Figura 33: Tres grupos de personalidad esquizotípica en el EPQ-R de Eysenck.	272
• Figura 34: Los tres grupos en la Escala de Ideación Mágica (MIS).	273
• Figura 35: Diferencias entre cuartiles, inferior (Q1 y superior (Q2), en RUMIACIÓN.	275
• Figura 36: Diferencias entre cuartiles, inferior (Q1 y superior (Q2), en REFLEXIÓN.	276
• Figura 37: Los tres grupos de esquizotípicos en Fallos Cognitivos (CFQ).	277
• Figura 38: Gráfico de sedimentación con 5 valores propios superiores a 1.	279
• Figura 39: Scree plot del CFQ de 21 ítems.	281
• Figura 40: Los cuatro grupos diagnósticos en Fallos Cognitivos (CFQ).	291
• Figura 41: Los grupos diagnósticos de la Figura 40, con sus medias en Z referidas al Factor 5 del CFQ o Fallos Cognitivos.	292
• Figura 42: Los grupos diagnósticos de la Figura 40, con sus medias en Z referidas al Factor 4 del CFQ o Fallos Cognitivos.	294
• Figura 43: Los cuatro grupos diagnósticos referidos a Rumiación.	295
• Figura 44: Interacción de Medidas de Psicoticismo con Lateralidad manual (CL).	299
• Figura 45: Interacción de Medidas del EPQ-R (N y P) con Lateralidad manual (CL).	300
• Figura 46: Interacción de Grupo (psicóticos-no psicóticos) con medidas de Personalidad.	301
• Figura 47: Interacción de Grupo (psicóticos-no psicóticos) con medidas de Ideación Mágica.	302
• Figura 48: Interacción de GRUPO (GRUPOS 1, 2, 3 y 4) x LATERALIDAD MANUAL (CL), en la variable Ideación Mágica (MIS).	303
• Figura 49: Interacción SEXO por GRUPO (GRUPOS 2 y 3) en la variable Ideación Mágica.	304

• Figura 50: Interacción de Grupo (Psicóticos-no psicóticos) con medidas de Fallos cognitivos.	305
• Figura 51: Efecto principal de GRUPO en la medición de FALLOS COGNITIVOS (CFQ).	307
• Figura 52: Interacción de Grupo (psicóticos-no psicóticos) por Estilos de Personalidad.	308
• Figura 53: Interacción de Grupo (psicóticos-no psicóticos-estudiantes) por Estilos de Personalidad CEPER.	309
• Figura 54: Efecto de grupo por sexo en la escala A del CEPER.	310
• Figura 55: Efecto de grupo por sexo en la escala L del CEPER.	310
• Figura 56: Efecto principal de Grupo en CL manual, en tres grupos de participantes.	311
• Figura 57 Lateralidad por preferencia manual en los cuatro grupos diagnósticos.	313
• Figura 58: Interacción de GRUPO (1 y 2) por C.L. en la variable Extraversión (E).	315
• Figura 59: Interacción de GRUPO (1 Y 2) por C.L. en la variable Psicoticismo.	316
• Figura 60: Efecto principal de GRUPO en Psicoticismo (P).	317
• Figura 61: Efecto principal de Cociente de Lateralidad Manual (CL) en Psicoticismo (P).	318
• Figura 62: Perfiles del grupo 1 y 2 en los 9 subtests de la BATERÍA LURIA-DNA.	321
• Figura 63: Ilustración de cómo puntúan los 16 sujetos del grupo 1 en el Subtest 1 (PERCEPCIÓN VISUAL) de la LURIA-DNA.	323
• Figura 64: Ilustración de cómo puntúan los 15 sujetos del grupo 2 en el Subtest 1 (PERCEPCIÓN VISUAL) de la LURIA-DNA	323
• Figura 65: Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL). Distribución normal de los 31 sujetos.	324
• Figura 66: Los 16 sujetos del grupo 1 en el Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).	325
• Figura 67: Los 15 sujetos del grupo 2 en el Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).	325
• Figura 68: Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA) para los 31 sujetos.	326
• Figura 69: El grupo 1 (16 sujetos) en el Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA).	327
• Figura 70: El grupo 2 (15 sujetos) en el Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA).	327
• Figura 71: Todos los sujetos en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).	328
• Figura 72: El grupo 1 (16 sujetos) en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).	328
• Figura 73: El grupo 2 (15 sujetos) en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).	329

- Figura **74**: Inteligencia por el Subtest 7 (DIBUJOS TEMÁTICOS). 330
- Figura **75**: Inteligencia por el Subtest 8 (ACTIVIDAD CONCEPTUAL). 331
- Figura **76**: Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) del total de 31 sujetos. 332
- Figura **77**: Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) del grupo 1 (16 sujetos). 332
- Figura **78**: Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) del grupo 2 (15 sujetos). 333
- Figura **79**: Vacilaciones penalizadas (Imprecisión, Atención y Tiempo) 334
- Figura **80**: Dendrograma sobre los 9 subtests de la Batería Luria-DNA y el método Ward. 335
- Figura **81**: Con el procedimiento K-medias se ha optado por la solución de 4 conglomerados (cluster), con distinto perfil cada uno de ellos. 336
- Figura **82**: Se ilustra la penalización de los 4 conglomerados (cluster). 337
- Figura **83**: El nivel 2 de CL tiene un rendimiento inferior al nivel 3 de CL en ORIENTACIÓN ESPACIAL. 340
- Figura **84**: En HABLA RECEPTIVA son superiores los de mayor dextralidad (CL 3) sobre los zurdos y ambidextros (CL 2). 341
- Figura **85**: En HABLA EXPRESIVA son superiores los de mayor dextralidad (CL 3) sobre los zurdos y ambidextros (CL 2). 341
- Figura **86**: Superioridad del CONTROL ATENCIONAL de los diestros (CL 3). 342

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente quince años, coincidiendo con la finalización de mis estudios universitarios, entré en contacto con la realidad de la enfermedad mental grave y prolongada, tal y como la viven y sufren a diario, tanto enfermos como familiares.

En este tiempo mi formación profesional y personal ha discurrido siempre dentro del campo de trabajo con enfermos mentales crónicos en dos recursos diferentes: primero en una asociación de familiares y enfermos, integrada en la Federación de Asociaciones FEAFES, y posteriormente en un Centro de Rehabilitación Psicosocial, recurso sanitario de la red pública de salud mental.

He pasado del conocimiento inicial de la patología mental mostrada de forma *teórica* en los libros de texto, al conocimiento directo de la *realidad* a la que se enfrentan las personas con enfermedad mental grave y prolongada, sus familiares, allegados y profesionales.

He podido comprobar cómo cada paciente supone una trayectoria vital distinta, con unas potencialidades y limitaciones diferentes, que hacen necesario un abordaje cuidadoso y sin prejuicios, en un intento por escuchar las necesidades del usuario, antes que imponer esquemas terapéuticos estandarizados.

En mi comienzo profesional en el año 1993, la situación de la comunidad afectada por patologías mentales crónicas se encontraba en un proceso de transición, entre la institucionalización tradicional de los pacientes y la integración comunitaria, amparada por la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril.

Esta ley supone equiparar al enfermo mental como un enfermo más y como tal debe ser tratado y atendido: en un entorno sanitario, a la vez que integrado en la sociedad, aunque en este planteamiento falló la adecuada provisión de recursos materiales y humanos necesarios para que la sociedad asuma sin traumas, el cierre de los viejos psiquiátricos.

La llamada *Reforma Psiquiátrica* realizada en España a lo largo de los años 80 sigue la estela de las realizadas en los años 60 y 70 en EEUU, Francia, Inglaterra e Italia y que planteaban organizar un nuevo modelo de atención a las personas con enfermedad mental dentro de un entorno comunitario, evitando lo máximo posible la marginación e institucionalización del enfermo (Desviat, 1995).

Los principios de la reforma psiquiátrica son recogidos en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) y quedan plasmados en la Ley General de Sanidad, dentro de su capítulo tercero, artículo 20.

En este artículo, se insta a las administraciones sanitarias competentes a:

1. Atender los problemas de salud mental dentro de un entorno comunitario, reduciendo al máximo la necesidad de hospitalización, mediante recursos asistenciales ambulatorios, sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio.
2. La hospitalización se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para atender integralmente a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. La prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales serán atendidos en coordinación, tanto por servicios de salud mental como sociales.

La realidad actual dista mucho de la anterior a la reforma, en la que estos cuatro principios eran mayoritariamente desatendidos, pero en el desarrollo del modelo de atención comunitaria e integral al enfermo mental grave y crónico que inicialmente propone, aun queda mucho recorrido hasta poder alcanzarlo de forma razonable.

La principal crítica consiste en que en el actual panorama de la salud mental, no se cuenta con un conjunto coordinado, coherente y suficiente de recursos, servicios y programas que cubran las necesidades y problemáticas del colectivo de enfermos mentales crónicos y sus familias y permitan su adecuada atención y su efectiva rehabilitación e integración social (Rodríguez y González, 2002).

En la transición de la atención basada en un modelo *manicomial* a un modelo *comunitario*, la escasez de recursos citada ha forzado en muchas, demasiadas ocasiones, que el cuidado de los enfermos institucionalizados pase de forma brusca a manos de sus familiares, a menudo padres de avanzada edad, que se sienten desbordados y sin los conocimientos ni habilidades mínimas para comprender y convivir con la patología de su familiar enfermo.

Encuentro en el trabajo como psicólogo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, que este recurso hace de eje dentro de la red de salud mental para facilitar el paso terapéutico, desde recursos con marcado carácter sanitario, a otros de tipo comunitario (sociales, laborales, ocupacionales, formativos y de ocio) que permitan realmente su integración social.

Es el dispositivo ideal para plantear estudios en un medio comunitario y no tan institucionalizado, sobre un sector de las personas con enfermedad mental grave y de larga duración, que tiene posibilidades reales de acceder a la integración social, tal y como se anhela en el sistema sanitario y a la que tiene derecho todo usuario del mismo.

Esta tesis doctoral supone una continuidad de la investigación presentada en el año 2006 para la obtención de la suficiencia investigadora, bajo el título "*Rasgos de personalidad, ideación mágica y esquizofrenia*". Los aspectos más relevantes fueron publicados posteriormente en un artículo, en la revista *Rehabilitación Psicosocial* (Yugueros-Alonso, 2006).

En aquel primer estudio, a partir de las muestras de 33 usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de León (22 sujetos psicóticos y 11 no psicóticos) y 59 estudiantes de la Universidad de León, se establece como principal objetivo estudiar la personalidad, la ideación mágica y los fallos cognitivos, al comparar las tres muestras entre sí.

Las conclusiones más relevantes de este primer estudio corroboran la distribución de características psicóticas dentro de la población sana, así como la importancia de la esquizotipia y la ideación mágica como variables predictoras de psicosis (Yugueros-Alonso, 2006).

Los resultados iniciales obtenidos han alentado la continuidad de esta línea de investigación en la actual tesis doctoral, ampliando la muestra clínica inicial, así como los instrumentos de evaluación al incorporar otros dos más (Cuestionario de Preferencia Manual y Batería Luria-DNA), que permiten enriquecer el estudio de las características de la muestra clínica desde una vertiente tan importante como la neuropsicológica.

Así pues, la muestra clínica de esta investigación está compuesta por **154** usuarios con enfermedad mental grave y prolongada, pertenecientes a diferentes recursos de la red sanitaria pública de salud mental de la Gerencia de Atención Especializada del SACYL (Sanidad de Castilla y León).

Se compone de cuatro perfiles diferentes de usuarios, según el dispositivo en los que son evaluados: Centro de Rehabilitación Psicosocial, Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, Unidad de Convalecencia Psiquiátrica y Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia.

Por tanto, a la hora de extraer conclusiones, permite *a priori* una mayor heterogeneidad de la muestra clínica, siendo más representativa de la población con enfermedad mental crónica.

La motivación principal de esta investigación es contribuir al conocimiento técnico necesario para optimizar las técnicas y recursos que contribuyan a la integración de las personas con enfermedad mental y a la mejora de su calidad de vida, tanto del propio enfermo como de su entorno.

En la medida en que esta integración se lleve a cabo, contribuiremos a construir y a formar parte de una sociedad más completa, que integra y acepta a sus miembros más vulnerables; en definitiva a una sociedad sin exclusiones, y por tanto, más justa.

Miguel Yugueros Alonso
León, 2010

APROXIMACIÓN TEÓRICA

CAPITULO 1

ESQUIZOFRENIA

1. 1. APROXIMACIÓN CLÍNICA A LAS ESQUIZOFRENIAS.

EL ESTIGMA

Al acercarnos al estudio de la *"esquizofrenia"* nos encontramos con el estereotipo social más extendido, en lo que a una pérdida parcial o total de contacto con la realidad se refiere.

Nos referimos a la naturaleza misma de la enfermedad mental, a un concepto difuso que ha sido alimentado durante siglos por los prejuicios y por los más profundos temores del hombre a *"perder la razón"* y adentrarse en la *"locura"*. Así ha adquirido una entidad social tan desconocida como temida.

En el documental *"Uno por ciento, esquizofrenia"* emitido en televisión en 2006 por Canal+ y dirigido por Ione Hernández y Julio Medem, eminentes profesionales de la salud mental expresan la fascinación que esta extraña enfermedad ejerce dentro del mundo científico en general, e incluso en los propios profesionales que tienen un contacto directo con la misma.

Ponen de manifiesto su carácter tradicionalmente misterioso y enigmático: aparece como un proceso de ruptura con la realidad, en un momento evolutivo crucial como es la adolescencia. El sujeto presenta crecientes dificultades para controlar la propia voluntad, pierde el sentido de propiedad de su propia vida y queda cada vez más relegado respecto al proceso vital que siguen sus iguales.

Concluyen que ha sido el trastorno mental que ha encarnado el prototipo de la locura, la enfermedad clave que reúne todas las características y síntomas de las enfermedades mentales, sin que por otro lado, ninguno de ellos sea definitorio por sí mismo de propia enfermedad.

La esquizofrenia es en definitiva, un término que entra de lleno en un ámbito que para la gran mayoría de la sociedad es “tabú” y como tal tiende a ignorarse, guiándose únicamente por estos prejuicios o por lo que es lo mismo, por el desconocimiento más absoluto de su realidad.

En esta mayoría de la sociedad se incluye muy a menudo, de forma más que llamativa, casi el resto de la comunidad sanitaria que no trabaja en contacto directo con trastornos mentales crónicos.

En esta situación han tenido mucho que ver los medios de comunicación, que han alimentado por un lado, el rechazo social hacia las personas que sufren esquizofrenia, publicando repetidamente hechos violentos protagonizados por enfermos mentales sumidos en periodos de crisis. Estos sucesos, tan violentos como excepcionales, son difundidos y repetidos durante días, sin abandonar esta línea informativa, en radios, periódicos y canales de televisión.

Por otro el otro, el uso aberrante y cada vez más extendido del término *psicosis* en titulares de prensa sensacionalistas e informativos, del tipo “*Aumenta la psicosis en ... (tal barrio o zona geográfica) ante el creciente aumento de robos en viviendas*” o similares.

Ante esta tendencia mediática cada vez más frecuente, de mostrar tanto la realidad de la enfermedad mental mediante titulares morbosos, como los términos psiquiátricos empleados en los mismos, alejados de su significado original, se hace cada vez más necesario en nuestra sociedad dar una visión más adecuada y *justa* de la enfermedad mental.

Así surgen algunas iniciativas, que aunque escasas, intentan contrarrestar esta imagen mediante guías de estilo orientadas a los profesionales de medios de comunicación, como la publicada en 2003 por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

En esta Guía de Estilo, denominada "*Salud Mental y Medios de Comunicación*" (publicada en su página web www.feafes.com) propone entre otras recomendaciones, "*No emplear titulares alarmantes o morbosos que incluyan el tema de la salud mental de manera gratuita para captar la atención del lector*", consejo que se hace evidente a la luz de los titulares citados anteriormente.

LA/S ESQUIZOFRENIA/S

El trastorno conocido como esquizofrenia (otros prefieren hablar de *grupo de las esquizofrenias*) se enmarca dentro de las clasificaciones diagnósticas internacionales actuales más reconocidas y aceptadas (DSM-IV-R y CIE-10), como perteneciente al grupo de enfermedades psicóticas.

Conocidos y descritos sus trastornos desde la antigüedad, el término apenas tiene un siglo de antigüedad. Afecta por igual a hombres y a mujeres, y el porcentaje de incidencia es similar entre distintos países y culturas (Jiménez, Ramos y Sanchís, 2008), afectando a unos 20 millones de personas en el mundo.

El porcentaje de incidencia anual está entre el 2 al 4 por 10.000 de la población entre 15 y 54 años, estimando que el porcentaje de incidencia real llegue hasta el uno por ciento de la población (World Health Organization, 1990).

En general, pese a que existe una gran variabilidad en los tipos de síntomas (no hay ninguno patognomónico, es decir exclusivo y definitorio de esta enfermedad), incidencia en los afectados (en la gravedad y duración de síntomas), forma y edad de inicio, curso y pronóstico, es considerada hoy en día como una de las patologías con efectos más incapacitantes y devastadores dentro del conjunto de trastornos psiquiátricos.

Dado que el diagnóstico es clínico y no basado en síntomas exclusivos, la comorbilidad o concurrencia de dos o más trastornos diferentes que con etiologías distintas se solapan al de esquizofrenia, es bastante elevado.

González (2009) hablan de una comorbilidad psiquiátrica en la que los trastornos más frecuentes son abuso de sustancias, depresión, trastornos de ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos y trastornos de personalidad esquizotípicos, esquizoides y paranoides.

Así por ejemplo, cita dos estudios con altas tasas de comorbilidad que establecen que entre el 76 y el 85 % de esquizofrénicos presentan uno o más trastornos psiquiátricos concurrentes. En uno de ellos se encuentra una tasa a lo largo de la vida de depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de angustia del 54.2, 59.2 y 29.5 % respectivamente.

La esquizofrenia suele iniciarse a una edad variable en cada caso, pero siempre en los periodos de adolescencia y juventud, debutando de forma aguda y brusca, o bien de forma insidiosa, si llega a manifestarse paulatinamente a lo largo de meses.

En general, cuanto más tardío y brusco es el inicio de la enfermedad y cuanto más normal es el carácter previo del paciente, mejor es el pronóstico, y viceversa, éste empeora si el inicio es temprano, insidioso y su carácter previo es retraído.

El inicio coincide con periodos de crisis vitales, que suponen un estrés añadido para adaptarse a nuevas situaciones. Será el desencadenante de la primera crisis psicótica, pero en ningún caso debe tomarse como causa de la enfermedad.

Su evolución y pronóstico depende de muchos aspectos (detección precoz, adherencia al tratamiento, medidas terapéuticas adecuadas, factores ambientales, estresores y crisis vitales...), pero a menudo se suceden periodos de compensación con descompensaciones, que pueden derivar en crisis que requieran incluso la hospitalización del paciente en un recurso hospitalario especializado.

La esquizofrenia mantiene vigente un gran interés entre clínicos e investigadores por varias razones: en primer lugar aparece como un compendio de la psicopatología que puede incluir alteraciones de cualquier proceso psicológico básico (percepción, pensamiento, afectividad...).

En segundo lugar, no ha aparecido aun una única explicación causal, sino que se acepta la existencia de una red de factores causales (genéticos, estructurales del cerebro, neurotransmisión...).

Por último, existen dudas acerca de la utilidad de los procedimientos diagnósticos actuales en lo que respecta al abordaje terapéutico de la esquizofrenia (Lemos, 2005).

CAUSAS

Respecto a los factores causales de la esquizofrenia, vemos que a menudo en el aspecto cognitivo, las distintas teorías no se ocupan de plantear modelos sobre la etiología de la predisposición a la psicosis, sino que se han centrado en dar explicaciones sobre los déficits propios de los síntomas psicóticos que manifiestan los esquizofrénicos (Lemos, Vallina y Fernández, 2006).

Los síntomas psicóticos, por otro lado, son fenómenos complejos cuyas causas también lo son, de forma que deben analizarse mediante modelos multifactoriales, con el añadido de que cuanto mayor tiempo pase desde el inicio de la enfermedad, mayor complejidad presenta.

Por ello, si se quieren conocer las causas de la enfermedad que aparecen a partir de la adolescencia y edad adulta, deberán centrarse los esfuerzos investigadores en conocer en los estadios tempranos, qué aspectos concurren e influyen en su etiología.

Obiols y Vicens-Vilanova (2003) apuntan a una combinación de susceptibilidad genética y factores de riesgo, necesaria para la aparición de la enfermedad.

Los factores de riesgo serían eventos perjudiciales presentes durante el periodo prenatal (mes de nacimiento, urbanicidad, malnutrición materna, infecciones virales, anomalías físicas menores, alteraciones en huellas dactilares y lateralidad manual), perinatal (complicaciones obstétricas) y/o durante la infancia (alteraciones motoras, neuropsicológicas y en las relaciones sociales) y adolescencia (como presencia de rasgos de personalidad esquizotípica).

Apoyan la existencia de sujetos vulnerables o de alto riesgo, de acuerdo al modelo del Neurodesarrollo de Weinberger (1995). Este modelo propone que es una lesión o alteración neurobiológica temprana la que provoca un desarrollo anormal del Sistema Nervioso Central en la juventud (por ejemplo, mayor dilatación ventricular), y se traduce en un funcionamiento aberrante psicótico y en ocasiones desencadena el inicio de una esquizofrenia.

Según este planteamiento de Weinberger, el desarrollo cerebral de las personas con esquizofrenia es distinto a las personas sin enfermedad.

Aparte de estas alteraciones tempranas, Lemos et al. (2006) apuntan otra serie de factores causales de la esquizofrenia, recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 1: Factores causales de la esquizofrenia
(Adaptado de Lemos et al., 2006).

FACTORES CAUSALES
1. Infecciones tempranas
2. Desnutrición materna
3. Estrés psicosocial durante la gestación
4. Complicaciones obstétricas
5. Retraso en la adquisición de habilidades motoras en edades tempranas
6. Problemas en el desarrollo (timidez, introversión, rasgos antisociales, asocialidad o aislamiento)
7. Alteraciones en las funciones cognitivas y cierto déficit intelectual

Se desconoce hoy en día cuál es el papel que pueda desempeñar cada uno de estos factores en la etiología de la esquizofrenia, ni siquiera en la relación que pueda existir entre la intensidad del factor y la gravedad de los síntomas.

Ninguno de ellos es causa suficiente por separado como factor etiológico, por lo que se aceptan como causas predisponentes o factores de vulnerabilidad que predisponen al sujeto para padecer una esquizofrenia a lo largo de su curso evolutivo.

Se ha observado que no puede establecerse un punto de corte en ninguno de los factores para poder definir a las personas vulnerables y a menudo los factores causales presentes, pueden interaccionar modificando el ambiente del sujeto, añadiendo nuevos factores causales añadidos.

ABORDAJE A LO LARGO DE LA HISTORIA

Como trastorno que afecta al psiquismo humano, tanto en su abordaje teórico como terapéutico, la esquizofrenia acompaña a la evolución de la psiquiatría como ciencia hasta el modelo actual, dentro de un enfoque biopsicosocial.

Es descrita a lo largo de la historia de la humanidad con distintas denominaciones y manifestaciones pero no es hasta 1919, cuando Emil Kraepelin hace una primera definición rigurosa del curso, sintomatología y desenlace, de lo que denominó "*dementia praecox*".

Se refiere a un grupo de trastornos mentales, que diferencia de la psicosis orgánicas (como la enfermedad de Alzheimer) en que se caracterizan por la presencia de delirios y vacío afectivo, aparecen a edad temprana, tienen un curso crónico y deteriorante y en las que no existen alteraciones neuropatológicas identificables.

Describe una sintomatología que incluye las alteraciones de pensamiento (incoherencia, pérdida asociativa, ideas delirantes), de atención (distraibilidad), alteraciones emocionales (embotamiento afectivo), negativismo (apatía, anhedonia, abulia) así como conductas estereotipadas y alucinaciones. Según la predominancia de unos síntomas u otros, Kraepelin distinguía entre esquizofrenia paranoide, catatónica y emocional o hebefrénica.

El término demencia y su connotación de deterioro progresivo fue sustituido posteriormente en 1950 por el término de Eugen Bleuler "*esquizofrenia*" que resalta como aspecto fundamental de la enfermedad la fragmentación del proceso de pensamiento (*schizo-phrenia*: fragmentación de la capacidad mental) sin llevar implícita la idea de deterioro.

Bleuler distingue entre síntomas fundamentales y accesorios, entre los que incluye delirios y alucinaciones, por aparecer en otros diagnósticos.

EL DIAGNÓSTICO

La creciente variedad de tipologías de esquizofrenias que se van describiendo (simple, trastorno esquizoafectivo, pseudoneurótica, latente...) se ve resuelta con la aparición de un instrumento de gran importancia, ya que permite establecer unas normas comunes a los especialistas que deben realizar un diagnóstico.

Es realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952 y nace bajo el nombre de DSM-I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Posterioros desarrollos de las teorías de Bleuler llevan a sistematizar las categorías diagnósticas a través de síntomas más específicos, y así Kurt Schneider en 1959 diferencia entre síntomas de primer rango y segundo rango.

La presencia de los primeros, que su predecesor Bleuler considera accesorios, definen el diagnóstico de esquizofrenia, entre los que se incluyen delirios y alucinaciones.

De forma similar a la finalidad del DSM de la APA, en los años sesenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla su propia clasificación de los trastornos mentales y tras varias propuestas, ve la luz el borrador de la octava revisión de la denominada Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8).

Las versiones de ambos organismos, utilizadas por los profesionales indistintamente, han llegado tras sucesivas revisiones, a las actuales DSM-IV-TR (APA, 2001) y CIE-10 (OMS, 1992).

Siguiendo, por ejemplo, el DSM-IV (APA, 1995), existen unos criterios (ver Anexos 1 y 2) determinados para establecer tanto el diagnóstico, como los subtipos de la esquizofrenia (citados a continuación, con sus códigos CIE-10 y DSM-IV):

- F20.0x Tipo paranoide (295.30).
- F20.1x Tipo desorganizado (295.10).
- F20.2x Tipo catatónico (295.20).
- F20.3x Tipo indiferenciado (295.90).
- F20.5x Tipo residual (295.60).

Dentro del apartado diagnóstico "Otros trastornos psicóticos" el DSM-IV incluye los de trastorno esquizofreniforme (F20.8), esquizoafectivo (F25.x), delirante (F22.0), psicótico breve (F23.8x), psicótico compartido (F24), psicótico debido a... (indicando enfermedad médica, F06.x), psicótico inducido por sustancias y psicótico no especificado (F29). Todos ellos, si bien revisten carácter psicótico, no cumplen los criterios para considerarse como esquizofrenia.

Dado que desde la aparición del DSM-IV en 1994 hasta la próxima publicación de la 5ª Edición, se consideró un periodo de tiempo excesivo, en el año 2000 se publica una revisión de la 4ª Edición denominada DSM-IV-TR, que incluía las últimas aportaciones referentes a las categorías diagnósticas.

En ese texto, respecto a los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, no hay ninguna actualización relevante, salvo en el subapartado *Hallazgos de laboratorio*, en el que se incluyen comentarios sobre neuroimagen funcional estructural, déficit neuropsicológico y alteraciones neurofisiológicas (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

SÍNTOMAS

Entre los síntomas descritos para la esquizofrenia, tanto Bleuler como Kraepelin hacían una distinción entre ellos, clasificándolos bien según pérdida o déficit, o bien según importancia de los mismos.

Esta idea da lugar posteriormente, entre varias clasificaciones de síntomas y modelos teóricos, a la conocida clasificación de síntomas de la esquizofrenia de Andreassen (1985), que distingue entre síntomas positivos y negativos.

Entre los síntomas positivos asociados con la esquizofrenia se encuentran alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastornos del pensamiento.

Entre los síntomas negativos, se encuentran pobreza afectiva, alogia (empobrecimiento cognitivo), abulia-apatía, anhedonia-insociabilidad y trastornos atencionales.

Cada uno de ellos presenta múltiples variaciones: así por ejemplo las ideas delirantes más frecuentes en la esquizofrenia son las de persecución, culpa, grandeza, religiosas, somáticas, referencia, así como control, lectura, inserción, difusión y robo de pensamiento, que varían evidentemente en sus manifestaciones (gravedad, duración...) de un paciente a otro.

En resumen, la esquizofrenia supone un trastorno básico de la estructura y fisiología cerebrales y ello repercute tanto en los procesos emocionales y cognitivos del enfermo, como en la interacción del mismo (Obiols y Obiols, 1989).

1. 2. MODELOS DE ESQUIZOFRENIA

Como ya se ha expuesto anteriormente, salvo en la realidad categorial de los manuales de criterios diagnósticos, no existe un consenso sobre el concepto de esquizofrenia.

La clasificación de los trastornos mentales permite partir de estos criterios, para garantizar una fiabilidad en los juicios diagnósticos que realizan los profesionales de la salud mental.

Pero en la práctica diaria, las manifestaciones de una categoría diagnóstica como es la de la esquizofrenia, incluida dentro del ámbito de enfermedades psicóticas, son tan variadas como pacientes son diagnosticados de ella.

Esta heterogeneidad en la práctica, se traslada también a la variedad de modelos explicativos que intentan dar una visión teórica de su etiología y que influyen evidentemente a la hora de entender e investigar sobre esta enfermedad.

Una primera aproximación a los distintos **modelos etiológicos** de la esquizofrenia es la que explicó Joseph Zubin en un trabajo de 1972, en el que distingue seis modelos etiológicos para las alteraciones psicopatológicas en general.

Estos seis modelos son relacionados más adelante exclusivamente a la esquizofrenia (Zubin y Spring, 1977; Zubin y Steinhauer, 1981) y se sitúan desde un polo más genético hasta otro más ecológico (Ruiz-Vargas, 1987):

- **Modelo genético.**

También llamado **modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia** o **modelo de vulnerabilidad-estrés** (Zubin y Spring, 1977). Plantea que determinados individuos están *predispuestos genéticamente* a la aparición de esquizofrenia y que diversos factores ambientales (agentes estresores o amenazantes) influyen en su manifestación final.

Para estos autores, cada individuo participa en un determinado grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia, definida como predisposición a desarrollar un episodio esquizofrénico cuando las circunstancias vitales (externas y/o internas) del individuo producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia al estrés de dicho individuo, tal y como muestra la Figura 1.

Así, la variable vulnerabilidad a la esquizofrenia sería un rasgo *dimensional* permanente frente a la crisis psicótica, que es algo temporal y que puede remitir.

Los estudios que apoyan este modelo, se basan en estudios genéticos aplicados a familiares y descendientes de pacientes esquizofrénicos, estudios de adopción y estudios longitudinales de sujetos con alto riesgo de psicosis.

La transmisión del genotipo de la esquizofrenia se transmite de una generación a otra a través de un alelo (o varios) desviado, pese a que la persona que lo porta no siempre desarrolla la enfermedad, el fenotipo.

Zubin, Magaziner y Steinbauer señalaron en 1983 que sólo en 26% de los genotipos esquizofrénicos se convierten en fenotipos, es decir, acaban manifestando la enfermedad.

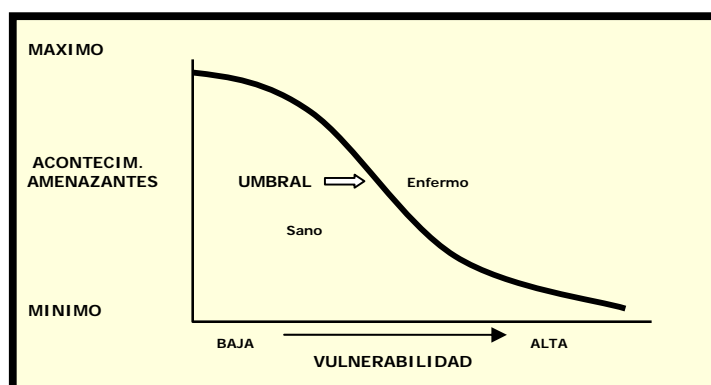


Figura 1. Relación entre vulnerabilidad y acontecimientos amenazantes (Zubin y Spring, 1977)

- **Modelo ecológico.**

Este modelo defiende que las causas de la esquizofrenia hay que buscarlas en los **factores ambientales** que rodean el desarrollo de la persona: estatus socioeconómico, características físicas y sociales del medio, redes sociales y estatus social.

Pese a no tener medidas objetivas para comparar distintos *nichos ambientales* a la hora de explicar las causas de la enfermedad, sí se ha ido aceptando la importancia de añadir variables ambientales a las genéticas, a la hora de estudiar la etiología de la esquizofrenia.

- **Modelo evolutivo.**

Este modelo plantea que las causas de la esquizofrenia deben buscarse a lo largo del **desarrollo evolutivo** del sujeto.

Aun no ha aportado argumentos de peso suficientes para establecer conclusiones, dadas las dificultades metodológicas (carácter retrospectivo, escaso marco teórico ...), pese a lo cual, ha ayudado junto al modelo genético a establecer grupos de riesgo en el periodo evolutivo de la adolescencia, en el que enfermedades como la esquizofrenia tienen especial prevalencia.

- **Modelo de la teoría del aprendizaje.**

El modelo de la teoría del aprendizaje sostiene que el **historial de refuerzos** del individuo es el que determina el origen de la esquizofrenia. Incide en explicar los factores que desencadenan y mantienen la conducta esquizofrénica, pero no llega a explicar las causas en sí de la enfermedad.

Da importancia al ambiente familiar, por lo que también coincide en su orientación con el modelo evolutivo.

- **Modelo del ambiente interno.**

Identifica las causas entre las **características metabólicas y bioquímicas** de los sujetos: los genes se expresan a través de procesos bioquímicos por lo que éstos pueden ser la clave en la etiología de la enfermedad.

- **Modelo neurofisiológico.**

Explica las causas de la enfermedad desde el funcionamiento del sistema nervioso de la personas con esquizofrenia a la hora de **procesar información**. Las causas pueden encontrarse en cada una de sus etapas, desde la recepción de la información hasta la emisión de respuesta.

Ruiz-Vargas (1987) aclara que estos seis modelos podrían agruparse en otros tres: el **modelo médico** (defiende una etiología centrada en la disfunción orgánica), el **modelo psicológico** (alteración de mecanismos psicológicos internos) y el **modelo social** (las causas están en el entorno del enfermo).

Estos tres modelos dan pie al enfoque actualmente más extendido dentro de la salud mental para entender el origen de la mayoría de trastornos mentales, el denominado **Modelo bio-psico-social**.

Este modelo conjuga tres tipos de factores causales que actúan interrelacionándose entre sí, de forma diferente en cada sujeto y que son responsables de la aparición de una enfermedad mental:

- biológicos: alteraciones bioquímicas, metabólicas, neuroanatómicas ...
- psicológicos: aprendizaje, experiencias, personalidad ...
- sociales: ambiente, cultura ...

El Modelo Biopsicosocial surge a mediados de los años 70 propuesto por G. Engel, frente a un modelo biomédico occidental cada vez más especializado, que tiende al reduccionismo científico de la etiología de las enfermedades mentales.

Se inspira, según Traid, Giner, Castillo, Misiego y López (2005) en la teoría de sistemas, una rama específica de la teoría general de sistemas que surge a partir de los trabajos del alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados en la década de los años 50 y 60.

Un promotor anterior de este planteamiento, según los autores, fue Meyer quien propuso este modelo frente a la todopoderosa psiquiatría, seguidora de la línea marcada por Kraepelin y formalizada en las actuales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV y CIE-10).

Su propuesta huía del dilema cartesiano *mente vs. cerebro* y contó con el apoyo de otros profesionales no médicos, que trabajaban en la salud mental de Reino Unido.

Este autor, defendía su propuesta en base a dos ideas básicas:

1. Para entender las causas de la enfermedad mental, debe tenerse en cuenta la historia personal de cada paciente y centrarse en el estado mental del paciente en el momento de su evaluación. Era más importante la biografía del paciente para entender su problemática sintomática, que entrar dentro de una mecánica diagnóstica marcada por los manuales.

2. La enfermedad mental debe entenderse como una acumulación de reacciones insanas del ambiente hacia el usuario, de forma que no había un único tipo de esquizofrenia, sino un conjunto de individualidades que tienen semejanzas generales.

Esta clasificación de modelos de esquizofrenia, muestra coincidencias con la propuesta por Fernández y Vázquez (1989), quienes encuentran dos grandes grupos de modelos, ante la gran variedad de síntomas y manifestaciones que muestra esta enfermedad y la dificultad para encontrar un modelo explicativo que defina las relaciones causales entre ellas.

Por un lado, modelos generales que explican la esquizofrenia como un desorden múltiple y simultáneo a distintos niveles. La crítica se centra en que como modelos generales, no llegan a especificar *dónde, cuando y cómo* surgen estas disfunciones.

Entre estos modelos estarían los siguientes:

Tabla 2: Modelos generales de esquizofrenia.

Modelos Generales
Modelo biopsicosocial de Engel.
Modelo integrativo psicobiológico de Ciompi.
Modelo de desarrollo interactivo de Strauss y Carpenter.

Por otro lado, estarían modelos que entienden la esquizofrenia como un desorden adquirido que consiste en una vulnerabilidad al estrés. De forma episódica pueden manifestarse síntomas psicóticos en individuos predispuestos como reacción ante situaciones estresantes. Estos modelos son multifactoriales ya que consideran factores etiológicos, biológicos y psicosociales.

En general, proponen un modelo común de esquizofrenia en el que no se considera como un desorden crónico, sino episódico y lo que se considera crónica es la permanente vulnerabilidad para desarrollar esta enfermedad, tal y como proponen Zubin, Magaziner y Steinbauer en 1983.

Cada sujeto presenta un umbral de vulnerabilidad propio que varía según una serie de factores que aumentan o disminuyen este umbral o riesgo de manifestación de síntomas psicóticos.

Entre estos modelos encontramos:

Tabla 3: Modelos de vulnerabilidad de la esquizofrenia.

Modelos de Vulnerabilidad
Modelo de diátesis-estrés de Rosenthal.
Modelo interactivo de formación de síntomas de Liberman.
Ciertos modelos de procesamiento de la información : Nuechterlein y Dawson (1984) ó Chapman y Chapman (1973).
Modelos de desórdenes básicos : Huber ó Suellwold.

De los citados en el segundo grupo, todos giran entorno al concepto de la vulnerabilidad y a la hipótesis descrita anteriormente en el modelo de Zubin y Spring.

Así por ejemplo, el modelo de **Nuechterlein y Dawson** (1984) integra de forma teórica los factores que concurren en la aparición y evolución de los síntomas de la esquizofrenia.

Hay cuatro tipos de factores relacionados de la siguiente forma: por un lado encontramos (ver figura siguiente) características de vulnerabilidad permanentes, preexistentes en el individuo y que interactúan de forma bidireccional con los estímulos ambientales estresantes.

Las primeras serían marcadores de vulnerabilidad estables del sujeto, ya que están presentes antes y después del episodio psicótico y son producto a su vez, de factores genéticos, ambientales y sociales.

Los estímulos ambientales son estresores entre los que pueden contar acontecimientos vitales, nivel de estrés familiar (excesiva crítica y sobreimplicación emocional) y ausencia de redes de apoyo social.

De la interacción de ambos tipos de factores resultan *estados intermedios transitorios* que consisten en síntomas prodrómicos que a su vez interactúan con su ambiente social de forma negativa, aumentando el nivel de estrés y provocando la aparición de síntomas esquizofrénicos, las denominadas *conductas resultado*.

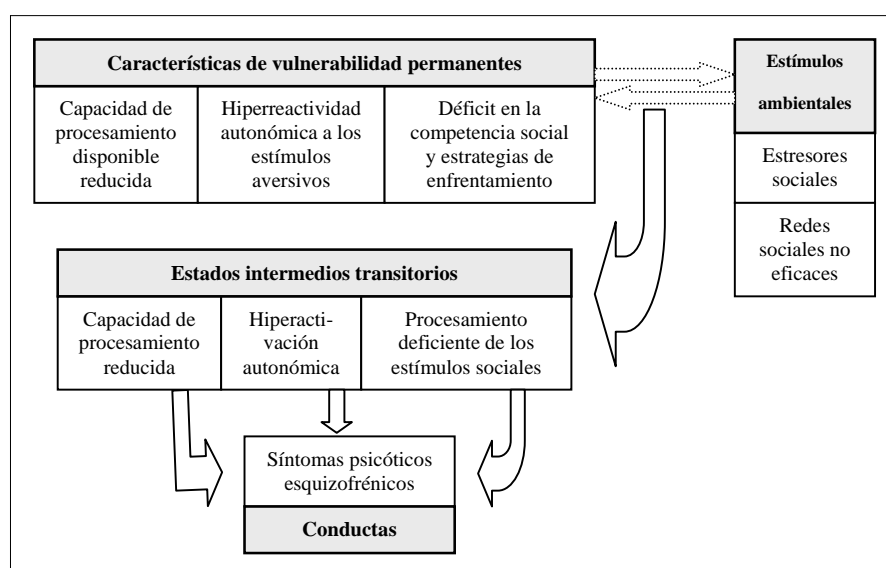


Figura 2: Modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984).
 Tomado de Fernández y Vázquez (1989, p. 5).

Desde un punto de vista de modelos explicativos de la esquizofrenia, teniendo en cuenta la heterogeneidad de esta enfermedad y de sus manifestaciones Jiménez et al. (2008) establecen a grandes rasgos, tres grandes grupos de modelos según su etiología:

1. Modelos que defienden un origen único para todos los síndromes esquizofrénicos.
2. Modelos que apuestan por un origen multicausal de la esquizofrenia.
3. Modelos que defienden distintos síndromes esquizofrénicos, cada uno con una etiología y un tratamiento diferente.

En el **primer grupo** el precursor según los autores es Bleuler (1911), quien defiende que déficits específicos, especialmente la pérdida de asociaciones, explican este trastorno entendido como entidad unitaria.

Esta postura fue corroborada por Kurt Schneider y por otros autores, que asignan los enfermos a categorías diagnósticas más generales (p.ej. esquizofrenia) antes que a subtipos de la misma (como p.ej. esquizofrenia paranoide).

Los modelos de este grupo cuentan con el apoyo de los sistemas diagnósticos tradicionales (DSM IV y CIE-10), que si bien por un lado no entran en planteamientos etiológicos, por el otro respaldan la idea de esquizofrenia como entidad unitaria y sus subtipos como variantes de de la misma.

En el **segundo grupo**, se parte de las distintas entidades que acaba englobando Kraepelin bajo el término de *dementia praecox*: paranoia, hebreña y catatonia. Posteriormente se ve que pacientes asignados a uno de los cinco subtipos de esquizofrenia, presentan síntomas característicos de otros distintos o cambian las manifestaciones de síntomas entre episodios psicóticos.

Mientras que el subtipo paranoide (F20.0) y hebefrénico (F20.1) están bastante validados, el resto, catatónico (F20.2), simple ó indiferenciado (F20.3) y residual (F20.5) han recibido menor respaldo teórico.

Posteriormente se han ido sucediendo clasificaciones dicotómicas de las manifestaciones de esquizofrenia (como la de agudo-crónico, procesual-reactivo, buen-mal pronóstico) según criterios distintos (duración y gravedad de los síntomas, forma de inicio y pronóstico respectivamente) pero sin llegar a mostrar su validez como constructo.

Una clasificación dicotómica clásica según Jiménez et al. (2008) es la de **Crow** (1980, 1985 y 1987), quien diferencia entre esquizofrenia tipo I y tipo II, según los síntomas que predominen en ambas.

En el tipo I encontramos como síntomas característicos, llamados positivos, alucinaciones y delirios. Los esquizofrénicos tipo I presentan mejor ajuste premórbido, funcionamiento sin apenas daño y un proceso patológico básicamente neuroquímico.

En el tipo II, los esquizofrénicos manifiestan sintomatología negativa, un peor ajuste premórbido y peor pronóstico, alteraciones cognitivas y un proceso patológico que puede incluir alteraciones cerebrales.

Un resumen de su modelo inicial de 1980 y las sucesivas incorporaciones teóricas en 1985 y 1987, se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4: Tipología de Crow. Primera propuesta (1980) y aportaciones posteriores (1985, 1987). Tomado de Jiménez et al. (2008, p. 380).

Tipología de Crow		
Primera propuesta (Crow, 1980)		
	Tipo I	Tipo II
<i>Síntomas característicos</i>	Alucinaciones Delirios Trastornos del pensamiento (<i>Síntomas positivos</i>)	Aplanamiento afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida del impulso (<i>Síntomas negativos</i>)
<i>Tipo de enfermedad en la que aparecen más frecuentemente</i>	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estados defectuales
<i>Respuesta a los neurolépticos</i>	Buena	Pobre
<i>Pronóstico</i>	Reversible	¿Irreversible?
<i>Proceso patológico propuesto</i>	Incremento de receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular
Aportaciones al modelo (Crow, 1985)		
	Tipo I	Tipo II
<i>Déficit neuropsicológico</i>	Ausente	Presente algunas veces
<i>Movimientos involuntarios</i>	Ausente	Presente algunas veces
<i>Proceso patológico propuesto</i>	Incremento de receptores dopaminérgicos D2	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámbico

Aportaciones al modelo (Crow, 1987)		
	Tipo I	Tipo II
<i>Cambios neuropatológicos</i>	Incremento receptores D2 ¿Aumento de VIP en amígdala?	Pérdida celular en el lóbulo temporal, incluyendo células del giro parahipocámpico, células de CCK y somastina en el hipocampo
<i>Posibles correlatos neuroendocrinos</i>	¿Baja respuesta gonadotrofinica?	Respuesta GH aplanada a la apomorfinina

Posteriormente se comprueba en este modelo que los síntomas predominantes de los esquizofrénicos, varían en función de la evolución de su enfermedad, por lo que a menudo hay pocos casos claramente puros como tipo I o II.

En la práctica clínica hay muchos casos que participan de los dos tipos, por lo que incluso hay autores que defienden una tercera y ambigua categoría bajo el epígrafe de *tipo mixto*.

En la actualidad los modelos inscritos en este segundo grupo de modelos explicativos incluyen entre las causas de la enfermedad, un claro enfoque multifactorial, que incluye tanto causas genéticas como procesos ambientales.

Dada la complejidad de la estructura y función cerebral, aceptan procesos etiológicos distribuidos en paralelo, de forma que puede darse por ejemplo tanto que una lesión simple localizada pueda afectar a múltiples aspectos cognitivos, como que múltiples lesiones se manifiesten en un único aspecto cognitivo.

En el **tercer grupo**, el principal representante es el modelo de Carpenter y Buchanan (1989), que se caracteriza por asociar de forma causal, procesos etiológicos concretos a síntomas específicos de la esquizofrenia.

Dado que en cada paciente pueden concurrir distintos procesos, se manifiestan los síntomas con total heterogeneidad, algo característico de la esquizofrenia.

En 1974, Strauss y Carpenter identifican tres grupos de síntomas principales de la esquizofrenia:

- síntomas psicóticos “positivos”, como p. ej. alucinaciones y delirios.
- desorganización y disociación del pensamiento: tanto pensamiento desorganizado como comportamiento bizarro y desorganizado.
- síntomas “negativos”: pobreza del lenguaje, embotamiento afectivo, abulia y anhedonia.

En un amplio número de estudios posteriores en los que se ha empleado un análisis factorial sobre los distintos síntomas de la esquizofrenia, Jiménez y Ramos. (2008) afirman que se ha comprobado que se siguen obteniendo los tres grupos de síntomas anteriores como grupos principales.

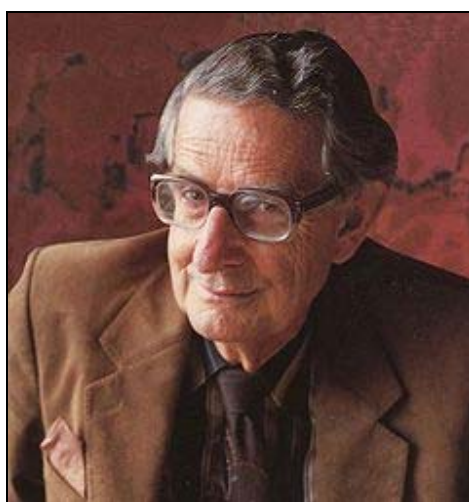
CAPÍTULO 2

ESQUIZOFRENIA Y PERSONALIDAD

SEGÚN EL MODELO DE EYSENCK

2. 1. EL MODELO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

Entre los múltiples enfoques teóricos de personalidad, **Hans Jürgen Eysenck** plantea una estructura jerárquica de la personalidad, formada a partir de dimensiones y rasgos como elementos básicos de la misma (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985; Eysenck, 1990).



Hans Jürgen Eysenck. (1916 -1997)

En 1985 define la personalidad como *"una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de un persona que determina su adaptación única al ambiente."*

En su nivel superior se encuentran las **dimensiones** de la personalidad, definidas como *agrupaciones de rasgos relacionados entre sí*.

Identifica tres dimensiones básicas: Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo. Cada una de ellas se compone en concreto de nueve rasgos de personalidad.

Así por ejemplo, la dimensión de Extraversión se compone de los siguientes rasgos: sociable, despreocupado, vivaz, dominante, activo, surgente, asertivo, aventurero y buscador de sensaciones.

La dimensión de Neuroticismo se compone a su vez de: ansioso, tenso, deprimido, irracional, sentimiento de culpa, tímido, triste, baja autoestima y emotivo.

Por último, la dimensión de Psicoticismo se compone de: agresivo, antisocial, frío, no empático, egocéntrico, creativo, impersonal, rígido e impulsivo.

Posteriormente añade una cuarta dimensión, denominada Factor G o de Inteligencia general, que completa la estructura de personalidad, pese a no estar incluida en la prueba EPQ-R.

En un segundo nivel, los **rasgos** serían *patrones amplios de tendencias de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos*.

Tanto dimensiones como rasgos son relativamente estables y duraderos.

En un tercer nivel, cada rasgo de personalidad se caracteriza por unas **respuestas habituales** (actos, emociones o cogniciones).

Cada una de ellas, ya en un cuarto nivel, se caracteriza por unas **respuestas específicas**.

El modelo que presenta Eysenck, pese a mostrar una organización jerárquica de la personalidad de arriba abajo, en la explicación de la conducta debe seguirse el proceso inverso, es decir, de abajo a arriba.

Así, en la explicación de conductas, a medida que se baja en la jerarquía (respuestas habituales y más aun las específicas), el ambiente (llámese contexto o situación) es cada vez más determinante en las respuestas específicas del sujeto.

Este modelo jerárquico de personalidad se representa en la figura siguiente:

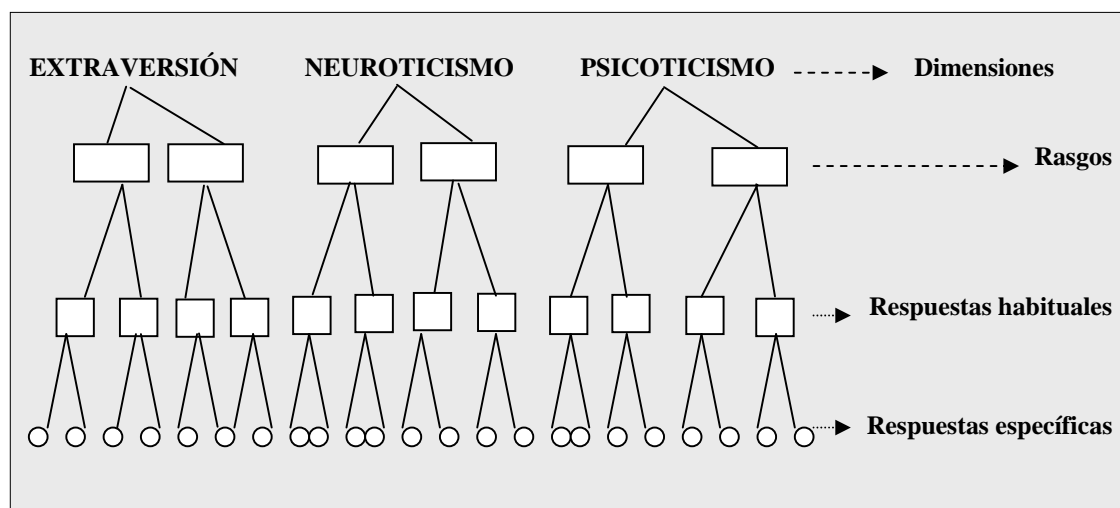


Figura 3. Modelo jerárquico de la personalidad (Eysenck, 1982).

La primera idea básica del modelo de personalidad descrito es pues, la **existencia de un número limitado de dimensiones** que componen la estructura de la personalidad (Eysenck, 1991).

La segunda idea que enlaza con la anterior es la de que cada una de las dimensiones de personalidad, además de presentar una carácter de cierta estabilidad en cada sujeto, **se distribuye de forma normal entre la población**, de forma que cualquier sujeto estaría dentro de un continuo en un punto diferente para cada una de las tres dimensiones evaluadas.

Este último aspecto supone que entre la normalidad y la anormalidad existe un continuo, y que por tanto las diferencias individuales tendrán un carácter cuantitativo y no cualitativo.

Conjugando estas dos ideas básicas, si tomamos una dimensión como la de psicoticismo, de gran importancia para este estudio, vemos que cada sujeto estaría situado en un punto distinto dentro de un continuo.

Esta concepción de psicoticismo queda reflejada en la siguiente figura, en la que P_A sería la probabilidad de una persona de desarrollar una psicosis a partir de su grado de psicoticismo:

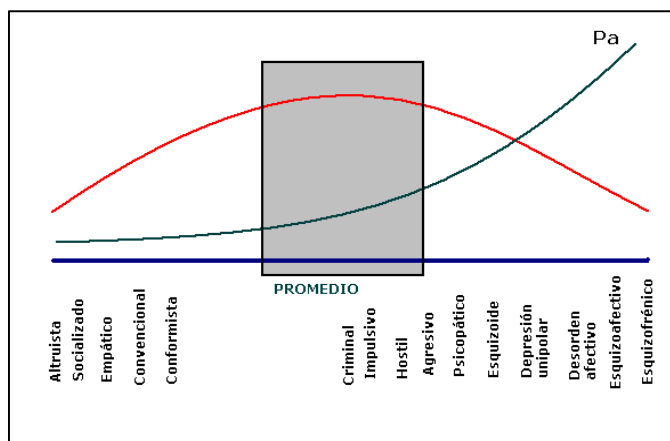


Figura 4. Representación de la teoría de la continuidad del “psicoticismo”, (P_A es la probabilidad de desarrollar alguna forma de psicosis). Tomado de Eysenck (1992, p. 758).

Aquellos que se sitúan en función de un nivel de psicoticismo muy bajo, serían personas altruistas y empáticas, mientras los que se sitúan en el polo opuesto, serían más egocéntricas y hostiles.

La distribución de la población entre estos dos polos sigue una curva normal: mientras que en los polos estaría una pequeña minoría, la gran mayoría de la población estaría en puntuaciones intermedias.

Según Eysenck, la personalidad de cada individuo se puede describir en función de su grado de Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P).

Así pues, si cada individuo se situara en un punto concreto del continuo para cada una de las tres dimensiones, su personalidad se situaría en un punto del espacio definido por las mismas, tal y como ilustra la figura siguiente:

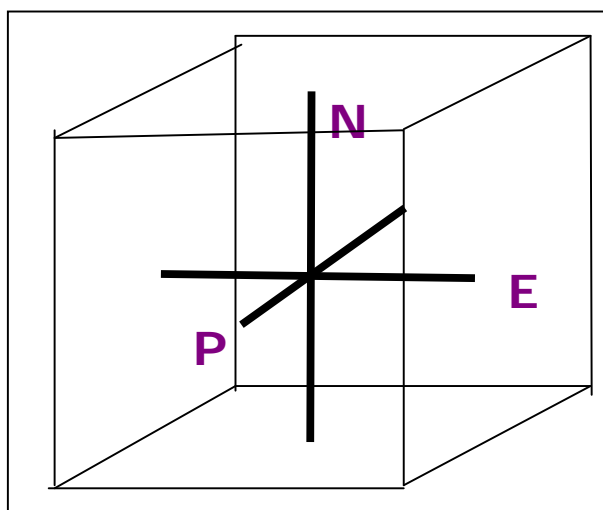


Figura 5. Espacio tridimensional definido por las dimensiones eysenckianas E, N, y P

En resumen, este modelo actúa desde el nivel de las dimensiones, que determinan interacciones entre los rasgos de personalidad presentes en cada persona. De este nivel resultan respuestas específicas, en las que influyen en mayor medida variables contextuales o situacionales.

Eysenck completa su modelo asociando cada dimensión de personalidad a mecanismos biológicos subyacentes, a los que concede un papel importante dentro de la explicación de la personalidad, por lo que sería a la vez un modelo biológico.

El EPQ-R desarrollado por Eysenck y aplicado en la presente investigación, es publicado en 1985 como revisión del EPQ de 1975, en un intento de corregir deficiencias detectadas en la escala P (baja fiabilidad, puntuaciones medias muy bajas y asimetría de la distribución), algo que ha sido una tendencia constante en cada una de las escalas de personalidad desarrolladas por Eysenck.

Así, a partir del *Maudsley Medical Questionnaire* (MMQ), le sucederán el *Maudsley Personality Inventory* (MPI) y posteriormente el *Eysenck Personality Inventory* (EPI), que será el precursor del actual EPQ.

El modelo de personalidad que propone Eysenck describe la conducta humana mediante tres dimensiones, frente a otros que últimamente han ido gozando de gran aceptación, como los de cinco dimensiones de Goldberg (1993) o el de McCrae y Costa (1995).

En la presente investigación se emplearán dos instrumentos para la medición de variables de personalidad, ambos descritos en el apartado 6.2 (Instrumentos de evaluación):

- *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)* desarrollado por Hans J. Eysenck y Sybil B.G. Eysenck (1991).
- *Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER)* de Vicente Caballo y Javier Valenzuela (2001).

2. 1. 1. LA TEORÍA DEL PSICOTICISMO DE H. J. EYSENCK Y EL ENFOQUE DIMENSIONAL

En la concepción de la personalidad de Eysenck, la dimensión de Psicoticismo (P) irá cobrando cada vez un mayor protagonismo (Eysenck, 1992), algo que ya sugiere en 1952 al hablar de ella, como factor ortogonal y principal respecto a las otras dos (Neuroticismo e Introversión-Extroversión).

En 1992 Eysenck propone un modelo de psicoticismo, que a la vez intenta dar respuesta a las críticas y preguntas que ha recibido de tipo teórico, tanto desde la Psicología como de la Psiquiatría.

Este modelo será una defensa del **carácter dimensional de la psicosis** (continuidad psicosis-normalidad), retomando las teorías de Krestmer, mientras que a la vez se opone frontalmente a una concepción categorial, que surge ya con Kraepelin y está presente en la psiquiatría actual en forma de categorías diagnósticas separadas.

Kraepelin por ejemplo, separaba como enfermedades sin relación alguna, a los trastornos maníaco-depresivos (bipolares en el DSM-IV) de la *dementia praecox* (esquizofrenia).

Este modelo dimensional desarrollado permite entender la naturaleza e importancia de otras categorías diagnósticas de tipo psicótico, en la explicación teórica de los síntomas psicóticos en la totalidad de la población, como es el caso de la esquizotipia.

Respecto a los **síntomas considerados psicóticos** nos permitirá plantear una pregunta que servirá para apoyar una de las líneas de investigación de esta tesis:

¿están presentes de forma **normal** en la población y deben entenderse como tales?, o bien, ¿justifican la asignación del sujeto que los experimenta, según los criterios diagnósticos establecidos, a la **categoría** psiquiátrica correspondiente?

La **teoría del psicoticismo** propuesta por H. J. Eysenck en 1992, tiene cuatro puntos básicos:

- 1) La **distribución de la dimensión de psicoticismo (P)**, se distribuye de forma normal, como rasgo disposicional de la personalidad.
- 2) El **psicoticismo no es una categoría cualitativamente diferente de la normalidad.**
- 3) **Diferentes psicosis no son categorías distintas, sino que son continuos unos respecto a otros dentro de uno más grande, que es precisamente el de psicoticismo.**
- 4) El **psicoticismo se compone de distintos rasgos interrelacionados, que justifican el carácter de dimensión de personalidad.**

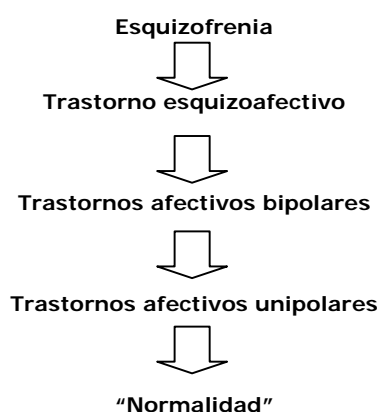
De esta forma, en la teoría del psicoticismo de Eysenck, por extensión a su teoría de la personalidad desarrollada en el apartado anterior, dado que la personalidad de cada individuo se puede describir en función de su grado de Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P), igual ocurre con la explicación de las distintas psicosis: se explican a través de la combinación de las tres dimensiones básicas de la personalidad.

La separación de categoría psicóticas y la oposición establecida por Kraepelin de trastornos afectivos (como p.ej. trastorno esquizoafectivo o trastornos bipolares) vs psicosis, choca de frente contra la reconceptualización de la relación entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo que defiende Eysenck y de la que aporta numerosos estudios en 1992.

Así por ejemplo, autores como Kendell y Gourlay (1970) sostienen que los casos de desórdenes afectivos son más comunes que casos puros de afectivos o psicóticos, o bien Jablensky (1988) critica la clasificación de trastornos afectivos y psicóticos y considera más útil clasificarlos en orden de gravedad y necesidad de cuidados, atendiendo a su forma de inicio, si es aguda o bien insidiosa.

Como conclusión Eysenck defiende una visión dimensional del psicoticismo antes que la dicotomía de Kraepelin y un diagnóstico de los pacientes en categorías.

Este punto de vista dimensional permite graduar a los pacientes en un continuo, según la gravedad de sus síntomas, como refleja el siguiente esquema:



Desde el punto de vista genético, trastornos afectivos y psicóticos están interrelacionados.

Crow (1990) por ejemplo sugiere una *teoría genética* en la que se entiende la psicosis como un desorden de un gen de dominancia cerebral, que se localiza en la región autonómica y es el encargado de la dominancia hemisférica para el lenguaje. Sostiene que los intentos para separar genéticamente a la esquizofrenia y los trastornos afectivos han fallado, ya que ambos están genéticamente relacionados.

Rosenthal (1970) encuentra más casos de los normales de esquizofrenia en hijos de padres con desórdenes afectivos, y Kant (1942) ve que en casos ligeros de esquizofrenia, los familiares tienden más a sufrir trastornos afectivos que esquizofrenia.

Tsuang, Winokur y Crowe (1980), realizan un amplio estudio de 1587 familiares de primer grado de esquizofrénicos (sin diagnóstico de enfermedad mental), pacientes afectivos unipolares (separados en maníacos y depresivos) y controles. Se encontró en las conclusiones que esquizofrenia y desorden unipolar son formas que difieren en su grado de severidad (mayor en la esquizofrenia) dentro del mismo desorden.

Por último, otro autor como Kendell (1987) muestra una clara visión dimensional frente a la categorial y sostiene que durante los últimos años de este siglo han sido reconocidas cuatro grupos principales de psicosis funcionales: esquizofrenia, psicosis afectivas, psicosis agudas de buen pronóstico y psicosis paranoides crónicas. No se ha demostrado que ninguna tenga entidad propia de enfermedad y todas son definidas por sus síndromes clínicos.

Estos cuatro grupos se fusionan inevitablemente entre sí e incluso con otros síndromes de enfermedades neuróticas y desórdenes de personalidad, de forma que no está claro dónde están los límites.

Respecto al problema apuntado de la fiabilidad de los diagnósticos, este tema es abordado con detalle en otros estudios de gran peso en sus conclusiones por la amplitud de sus muestras.

Babigian, Gardner, Miles y Romano (1965) comparan los diagnósticos de 1215 pacientes en más de una ocasión y encontraron que los diagnósticos de esquizofrenia eran más fiables que los de desórdenes afectivos.

Cooper (1967) estudia los diagnósticos de 200 pacientes en diferentes momentos y encuentra que sólo el 54 % fue asignado en la misma categoría diagnóstica en las cuatro ocasiones.

Por último, Kendell (1974) sigue el diagnóstico de 1913 pacientes originalmente diagnosticados en 1964 y que son readmitidos durante los cinco años siguientes. Encuentra que el 58 % de los pacientes no tienen cambios significativos en su diagnóstico aunque la permanencia en la misma categoría diagnóstica es del 69 % en depresiones, 75 % en esquizofrenias y 35 % en los trastornos de personalidad.

Como dato interesante en la direccionalidad de los cambios de diagnóstico, de esquizofrenia a depresión ocurre en un 10.9 % de los casos, en sentido contrario en un 7.4 %, de manía a esquizofrenia en un 17 % y sólo un 2.3 % ocurre al revés.

En conclusión, Eysenck sostiene en su teoría del psicoticismo que hay una fuerte evidencia de la existencia de un continuo que incluye a todas las psicosis funcionales y que ordena en función de su severidad, pero por otro lado también la hay para la diferenciación diagnóstica, siguiendo el planteamiento de Kraepelin.

Ambas posturas no deberían excluirse sino que en su diferencia pueden dar una visión más aproximada a la realidad de la enfermedad mental.

2. 2. PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD: ESQUIZOTIPIA

2. 2. 1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ESQUIZOTIPIA

En 1911 **Eugen Bleuler** ya señaló ciertos síntomas menores presentes en la "*dementia praecox*", descrita posteriormente en 1919 de forma más amplia por Emil Kraepelin.

Estos síntomas aparecían de forma latente, asociados a la personalidad de familiares de pacientes esquizofrénicos y se refirió a ellos como "*esquizofrenia latente*".

Ya desde este momento, en los albores de la psiquiatría moderna se abría la puerta a conocer qué características de la personalidad están asociadas a la esquizofrenia.

El término que hoy conocemos por esquizotipia tiene sus orígenes en los años cincuenta. Así, fue en 1953 **Rado** quien usó primero este término como acrónimo de "*fenotipo esquizofrénico*" para referirse a las formas de pensar, sentir y hablar *no-psicóticas* que presentaban familiares de personas con esquizofrenia.

Creía que estaban originadas por mutaciones genéticas y se caracterizaban por incapacidad para experimentar placer, alteración en la conciencia propioceptiva, déficit motivacional y dificultad para organizar actividades dirigidas a un fin.

Lo importante de la aportación de Rado era que señalaba a la esquizotipia como predisposición hereditaria a la esquizofrenia.

Posteriormente el término esquizotipia fue retomado por **Paul Meehl** en 1962 como predisposición genética a la esquizofrenia aunque habla de "*esquizotaxia*". Sería un trastorno neurológico de origen genético presente en familiares de esquizofrénicos, que les llevaría a desarrollar una personalidad esquizotípica y que con el tiempo y dependiendo de factores ambientales y de aprendizaje, podrían manifestar una esquizofrenia.

Las investigaciones en esta línea se sucedieron y justificaron la entidad diagnóstica de "*Trastorno esquizotípico de la personalidad*", presente por primera vez en el DSM-III (APA, 1980). En este manual y sus versiones posteriores, ya se especifican los criterios para poder diagnosticar este trastorno de personalidad codificado como 301.22 (F21 en el CIE-10).

Los criterios han ido variando de forma puntual en cada sucesiva edición *del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* hasta el actual DSM-IV-TR, que no ha variado en nada los criterios especificados en su predecesor, el DSM-IV (ver criterios del DSM-IV en el Anexo 6).

Actualmente, el Trastorno esquizotípico de la personalidad está incluido en el Eje II de la evaluación multiaxial y dentro de los trastornos de personalidad, en el grupo A, junto al Trastorno paranoide de la personalidad (301.0, CIE-10.-F60.0) y el Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20, CIE-10.-F60.1).

Estos tres trastornos de personalidad están englobados en el grupo denominado "*espectro esquizofrénico*".

Este trato *diferente* dado a los trastornos de personalidad es reseñado en Belloch y Fernández-Alvarez (2008) ya que en el CIE-10 se encuadran como un subconjunto más del eje de los trastornos mentales, y en el DSM-IV lo hacen en el Eje II, junto al trastorno mental.

Es precisamente en el trastorno esquizotípico donde discrepan de forma más llamativa: a diferencia del DSM-IV, el CIE-10 no lo clasifica como trastorno de personalidad y reconoce su pertenencia a las enfermedades de tipo psicótico al ser incluido en la sección *Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes*.

2. 2. 2. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA

Existe una dificultad metodológica a la hora de establecer afirmaciones respecto a los trastornos de personalidad en general, dado la variabilidad y amplitud de los síntomas, que a menudo entran dentro de la normalidad.

En un enfoque dimensional, la prevalencia sería mayor que si se considera desde el enfoque categorial, con el clásico referente del DSM-IV o el CIE-10.

Si tomamos la esquizotipia entendida como trastorno esquizotípico de la personalidad, descrito por la APA, afecta entorno a un 3 % de la población.

Según varios estudios citados por Álvarez, Gutiérrez y Andrés (2006), no hay conclusiones claras sobre epidemiología en muestras comunitarias y los resultados obtenidos en la prevalencia varían desde el 3 al 5 %; del 0.6 al 1.8 % o incluso más, del 0.1 al 5.6 %.

Citan por ejemplo un estudio de prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general realizado en Suecia por Ekselius et al. (2001), quienes tras evaluar a 557 sujetos con un cuestionario al efecto (DIP-Q), encuentran una prevalencia para el trastorno esquizotípico del 7.5 % según criterios del CIE-10 y del 5.2 % según el DSM-IV.

Respecto al sexo, la prevalencia parece ligeramente mayor en hombres que en mujeres, tal y como muestra otro estudio sobre adolescentes, que establece un 7 % en varones, mientras que es del 5 % en mujeres.

Respecto a la comorbilidad o presencia de otros trastornos añadidos al de esquizotipia, aparecen interesantes conclusiones realizadas por estudios realizados sobre prevalencia de esquizotipia en muestras de esquizofrénicos.

Así por ejemplo, Hogg, Jackson y Rudd (1990) encuentran que un 57 % de los esquizofrénicos cumplen los criterios para ser diagnosticados de algún trastorno de personalidad, de los cuales, un 21 % era esquizotípico, un 15 % límite y un 15 % antisocial.

Otro estudio de Peralta, Cuesta y de León (1991) detecta que en una muestra de personas con esquizofrenia, un 44 % presentan personalidad normal, un 39 % presenta criterios de personalidad esquizoide y/o esquizotípica y un 17 % otros trastornos de personalidad.

En general es frecuente que la esquizotipia sea comórbida con otros trastornos de personalidad, especialmente con los del grupo A (Esquizoide y Paranoide) mientras que con el resto de trastornos de personalidad, covaría especialmente con el trastorno límite.

Con otras categorías diagnósticas, es frecuente la comorbilidad con trastornos de ansiedad (somatomorfos y disociativos), sin olvidar claro está, su relación con otras enfermedades de tipo psicótico como la ya citada esquizofrenia (en el CIE-10 figura dentro de la categoría de trastornos esquizofrénicos).

Belloch y Fernández-Álvarez (2008) inciden en la dificultad para establecer criterios claros entre los diferentes trastornos de personalidad y los trastornos del Eje I, ya que tienen muchos síntomas en común, por lo que la comorbilidad es elevada.

Los autores citan estudios en los que casi el 23 % de pacientes mentales presenta como mínimo un trastorno de personalidad. Los del grupo A suelen asociarse con esquizofrenia, los del B con trastornos de abuso de sustancias y los del C con trastornos de ansiedad.

Si se toman como referencia diagnósticos concretos de trastornos mentales, como los de trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, depresión mayor o distimia, encontramos que en conjunto, entre el 50 y

el 65 % de sujetos con estos diagnósticos presentan algún trastorno de personalidad.

Por último, establecen una prevalencia para el trastorno esquizotípico en la población general de un 3 % con un curso estable.

Mientras que el DSM-IV, en una línea de taxonomía puramente categorial, indica que prácticamente ningún paciente con este diagnóstico llega a desarrollar una esquizofrenia, Belloch y Fernández-Álvarez citan dos estudios de seguimiento, los de McGlasan (1986) y Schulz y Soloff (1987), que contradicen esta afirmación.

En el primer estudio, los pacientes diagnosticados de trastorno esquizotípico ingresados en el Chesnut Lodge, hospital psiquiátrico privado de Maryland, son diagnosticados posteriormente de esquizofrenia en el 17 % de los casos, mientras que en el segundo estudio de seguimiento a los dos años, el porcentaje se eleva al 25 %.

En el estudio de McGlasan, los mejores predictores de esquizofrenia en pacientes ya diagnosticados de trastorno esquizotípico fueron la presencia de delirios de referencia, aislamiento social y por último, aspecto importante para esta tesis doctoral, el pensamiento mágico.

Como últimos datos respecto a la comorbilidad del trastorno esquizotípico, entre el 30 y el 50 % de estos pacientes presentan un trastorno depresivo mayor y es frecuente compartir criterios con otros trastornos de personalidad, aparte de los otros dos de su grupo de "*los extraños y excéntricos*" es decir, el esquizoide y esquizotípico, con el trastorno tipo límite.

2. 2. 3. ESQUIZOTIPIA Y ESQUIZOFRENIA

El concepto de esquizotipia siempre ha estado implicado en las relaciones existentes entre los trastornos psicóticos y esquizofrenia como exponente más genuino, y ciertos trastornos de personalidad.

La relación entre personalidad y esquizofrenia a lo largo de los años ha seguido dos hipótesis de investigación distintas, según Álvarez et al. (2006):

- Por un lado, se toman ciertos rasgos de personalidad como predisposición hacia la esquizofrenia, es decir, como factores de vulnerabilidad pero no como una manifestación de la misma.
- Por otro, se considera que algunos rasgos de personalidad son en sí mismos síntomas precoces, es decir un trastorno previo y necesario para la aparición posterior de la esquizofrenia.

Entre los autores que defienden la primera hipótesis señalan autores como Van Os y Jones (2001) o Zubin, Magaziner y Steinbauer (1983) y entre los de la segunda, el propio Meehl.

Van Os y Jones apuntan que si bien es aceptado que el neuroticismo aumenta el riesgo de depresión y que la extraversión lo reduce, está claro que estos dos rasgos de personalidad juegan un importante papel en etiología de los trastornos afectivos, pero aun se desconoce su papel en el riesgo de esquizofrenia.

Encuentran sobre una muestra de 5.362 sujetos evaluada en neuroticismo y extraversión a los 16 años, que el neuroticismo aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia en la edad adulta y la extraversión lo reducía, igual que ocurre con el riesgo comentado de padecer depresión.

Concluyen que en la depresión y en la esquizofrenia influyen por igual estos dos rasgos de personalidad como factores de riesgo, uno para aumentarlo y otro para disminuirlo. Asociados a los estilos de aprendizaje, determinan si la aparición de síntomas aislados progresa finalmente hacia el debut de una enfermedad mental.

Zubin por ejemplo expone su visión a través de su modelo de vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia (Zubin y Spring, 1977). Sostiene que existe un continuo de predisposición a desarrollar síntomas de esquizofrenia. La vulnerabilidad a desarrollarla dependerá de factores genéticos y de estresores ambientales que pueden precipitar los brotes psicóticos.

La vulnerabilidad es variable de unas personas a otras, de forma que los estresores no tienen que ser necesariamente cambios vitales muy estresantes, sino que pueden ser desde estímulos vitales repetidos en el tiempo a características ambientales, como un ambiente familiar con alta emoción expresada (excesivamente crítico y hostil hacia el paciente).

Las similitudes y características comunes entre ambos conceptos, esquizotipia y esquizofrenia, son tan abundantes que según Álvarez et al. (2006), pueden agruparse en cinco grupos:

1. **Sintomatología:** en muchas de las investigaciones, los síntomas se agrupan en positivos y negativos, clasificaciones comunes a ambas.
2. **Genéticas:** se ha demostrado que comparten uno o más genotipos mediante estudios de familias.
3. **Neuroanatomía:** hay anomalías comunes a nivel cerebral en ambas patologías aunque menos evidentes en la esquizotipia. Se han encontrado similitudes comunes como dilatación de ventrículos laterales, reducción de materia gris en lóbulos temporales, disminución en la conectividad interhemisférica y por último, reducción en el volumen de la estructura talámica y pulvinar.

4. **Fisiología:** se han encontrado alteraciones comunes funcionales periféricas comunes a esquizofrenia y esquizotipia, como respuestas electrodermales, oculomotoras y otras, como respuestas de orientación y de defensa.

5. **Neurobiología:** En este campo se han encontrado similitudes, tanto en los patrones de lateralización cerebral de las funciones cognitivas, que se han revelado atípicas y con asimetrías cerebrales, como en los aspectos neuroquímicos, donde ambas coinciden en el aumento del ácido homovanílico o hipoactividad colinérgica.

6. **Procesos cognitivos:** se han detectado anomalías comunes en procesos como los de tipo atencional (atención continua), mnésicos (memoria de trabajo, verbal y espacial), lingüístico (fluidez verbal), razonamiento abstracto, flexibilidad mental, aprendizaje verbal y motricidad fina.

Las razones para encontrar tantas similitudes entre esquizofrenia y esquizotipia, giran según Siever et al. (2002) en torno a tres hipótesis distintas.

Estas tres hipótesis, más en concreto las dos últimas, nos permitirán establecer dos posturas teóricas, tradicionalmente opuestas a la hora entender las relaciones entre ambos trastornos y que en la actualidad, parecen estar convergiendo en algunos aspectos hasta el punto de mostrar coincidencias.

En esta línea de cierta convergencia, el propio H.J. Eysenck, teóricamente postulado frente a la visión de Kraepelin de las psicosis, reconoce que hay evidencias de la existencia de un continuo en el que poder ordenar todas las psicosis funcionales, pero que también las hay para la diferenciación de cada una (Eysenck, 1992, p. 766).

Las tres hipótesis planteadas por Siever serían las siguientes:

- La **primera** hipótesis sugiere que ambas son entidades sin ninguna relación de tipo concluyente. Pese a no poder descartarse categóricamente, sugiere la necesidad de una revisión en profundidad de los estudios que las relacionan, tanto genéticos, como neuroanatómicos y cognitivos.
- La **segunda** supone un modelo de continuidad (**enfoque dimensional**) entre patología psicótica y normalidad. Para este enfoque, ambas patologías comparten una misma etiología y difieren únicamente en la gravedad de sus síntomas.
- La **tercera** plantea una diferenciación en la categoría (**enfoque categorial**) de ambas, aunque reconoce ciertos puntos comunes en su etiología y genética y su adscripción a la misma categoría de patología (tipo psicótico).

Badcock y Dragovic (2006) apuntan al estudio de los rasgos esquizotípicos, como de gran utilidad al permitir la mejor comprensión de los mecanismos subyacentes a la esquizofrenia.

Permite por ejemplo, estudiar síntomas semejantes que sirven de marcadores biológicos y cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia, sin la concurrencia de efectos presentes en esta enfermedad, como la medicación, largo tiempo de hospitalización y síntomas severos psicóticos. Demuestran que los rasgos esquizotípicos están presentes en la población general, aunque las experiencias esquizotípicas disminuyen con la edad en los adultos.

Otros estudios citados en Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos, García-Cueto y Campillo-Alvarez (2007) se han centrado en el estudio de rasgos esquizotípicos en familiares de pacientes con esquizofrenia, como el de Gutiérrez, Caqueo y Ferrer (2006) o en población clínica, como el de Vázquez, Nieto-Moreno, Cerviño, y Fuentenebro (2006).

Las conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral apoyarán el modelo dimensional, más referido al estudio psicológico de la personalidad (hipótesis segunda) frente al categorial (hipótesis tercera), tradicionalmente más clínico y encuadrado dentro del tradicional modelo médico.

2. 2. 4. DOS ENFOQUES DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS OPUESTOS: DIMENSIONAL VS. CATEGORIAL

2. 2. 4. 1. ENFOQUE DIMENSIONAL

El **enfoque dimensional**, que relaciona las psicosis y los rasgos de personalidad, tiene unos antecedentes que ya se remontan a principio de siglo.

Fue **E. Krestmer** en "*Psysique and Carácter*" (1925) quien hablaba de la patología como exarcebación de tipos de personalidad. Cada individuo oscila en distintos rasgos de personalidad cuando éstos son muy acusados, entre la normalidad y la patología.

Mira i López (1932) fue un referente cercano que defiende que no hay un sólo síntoma psicótico que no se encuentre en sujetos normales, que la separación entre salud y enfermedad mental es algo artificioso y que la enfermedad debe entenderse como una desproporción de rasgos de personalidad comunes a todos nosotros.

Retomando el planteamiento de E. Krestmer, un autor con reconocida autoridad en el estudio de la personalidad como **H. J. Eysenck**, propone en 1952 la existencia de Psicoticismo como *dimensión de personalidad*: tendencia a mostrar comportamientos, emociones, pensamientos y síntomas propios de la psicosis.

Así el Psicoticismo entendido dentro de la estructura de personalidad, aporta una visión de continuidad entre la normalidad y la patología psiquiátrica.

En 1976, Eysenck y Eysenck redefinen al Psicoticismo como *rasgo latente*, común al conjunto de psicosis, que se extiende más allá de estados psicóticos y puede ser evaluado en población normal.

Un aspecto importante que hay que reseñar es que hasta llegar a manifestar una esquizofrenia, los grados intermedios de psicosis, como la esquizotipia, serían manifestaciones “menores” al tener un menor grado de psicoticismo.

Teniendo en cuenta la teoría de la personalidad de Eysenck (ver apartado 2.1.), las diferentes variedades de psicosis, incluyendo la esquizotipia, se explican partir de la diferente combinación de las dimensiones básicas de Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo.

La influencia de Eysenck ha sido fundamental en la concepción de la dimensionalidad de los trastornos psicológicos, entendidos en un continuo entre la patología y la normalidad, así como en el estudio de ciertos aspectos concretos de la personalidad normal, que podrían tomarse como factores de vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos.

Esta influencia se ha visto reflejada en el trabajo de autores como **Gordon Claridge** (1985), quien propone en su modelo la existencia de un continuo de rasgos cognitivos y de personalidad, presentes en ausencia de enfermedad mental.

En su conjunto reciben el nombre de “esquizotipia” y son indicadores de la vulnerabilidad del sujeto a desarrollar una enfermedad mental de tipo psicótico como la esquizofrenia.

Adrian Raine (2006) es otro autor que diferencia la tendencia a desarrollar psicosis a partir de la esquizotipia, al proponer dos tipos dentro de esta última: habría por un lado una *esquizotipia de neurodesarrollo*, más estable y relacionada de forma directa con la esquizofrenia y por otro lado, lo que llama *pseudo-esquizotipia*, más fluctuante y asociada a factores ambientales.

Claridge y Raine son sólo una muestra de un nutrido grupo de investigadores que dedicarán sus esfuerzos al estudio de la esquizotipia, dado su poder predictor de desarrollo de psicosis.

Realizan numerosos modelos sobre los factores que explican la esquizotipia (desde modelos bifactoriales a pentafactoriales) y escalas que permitan evaluarla, tal y como reflejan las tres tablas siguientes.

Así por ejemplo, Claridge desarrolla el *Schizotypal Traits Questionnaire* (STQ) y junto con Mason y Linney, el *Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences* (O-LIFE). Raine desarrolla su *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) y posteriormente, Rawlins y McFarlane desarrollan el *Junior Schizotypy Scales* (JSS) o *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire* (MSTQ).

Dos autores de gran interés en esta investigación son **L. J. y J. P. Chapman**, quienes desarrollan diversas escalas que se centran en evaluar la esquizotipia desde distintos factores por separado y así desarrollan por ejemplo *la Perceptual Aberration Scale* (PAS) o la *Physical Anhedonia Scale* (PhA).

Será Loren J. Chapman quien junto a Marck Eckblad, desarrolla en 1983 la *Magical Ideation Scale* (MIS), escala que evalúa como único factor de esquizotipia las llamadas creencias raras, supersticiosas o pensamiento mágico, criterio número 2 que describe el DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno esquizotípico de la personalidad (ver anexo nº 6).

Los factores varían de un modelo a otro y reciben nombres como *pensamiento mágico*, *experiencias perceptuales inusuales*, *ideación paranoide*, *factor positivo vs negativo*, *no conformidad*, *anhedonia social-ideación paranoide* ...

Según **Krabbendam, Myin-Germeys y Van Os** (2004) la presencia de síntomas psicóticos debe replantearse vista dentro de un continuo con la experiencia normal, ya que tradicionalmente la presencia de síntomas psicóticos se considera de forma dicotómica, asociada al estado opuesto del considerado normal.

Por ello proponen que *"los síntomas psicóticos están en continuidad con la experiencia normal y no relacionan necesariamente con una alteración"*.

Sostienen que incluso los síntomas psicóticos menores están más presentes en la población normal que en la clínica y que pese a no requerir cuidados específicos, tiene un carácter predictivo de la tendencia a desarrollar un trastorno psicótico en el futuro.

Esta idea de continuo es apoyada por **Lemos** (2005) al decir que los síntomas psicóticos son relativamente frecuentes y no son relevantes clínicamente. Así un número significativo de personas normales (entre el 5 y el 20%) refieren síntomas positivos de psicosis, apareciendo con más frecuencia en sujetos de menor edad, solteros, con menor nivel educativo, con más síntomas depresivos y afectividad aplanada.

Por otro lado el término esquizotipia conecta la psicosis y la esquizofrenia con un trastorno de personalidad afín, pero diferenciado sustancialmente en sus características psicopatológicas: el trastorno de personalidad esquizotípico.

Mientras la esquizofrenia afecta a la relación del sujeto con la realidad, el trastorno de personalidad esquizotípico afecta a la estructura de la personalidad del sujeto, mediante la aparición en la misma de rasgos inflexibles y desadaptativos, basados en un funcionamiento que sigue una lógica excéntrica e indescifrable.

Algunos autores consideran la personalidad esquizotípica en un continuo con la esquizofrenia, llamando al continuo en el que sitúa estos dos trastornos como esquizotipia.

De hecho el término esquizotípico, es empleado por **Rado** (1953) como abreviación de fenotipo esquizofrénico. Según este autor, los esquizotípicos presentan una clara probabilidad congénita de sufrir esquizofrenia, pese a que sólo en algunos aparece finalmente. Mientras que los esquizotípicos tienen dificultad para experimentar emociones agradables, experimentan las negativas en toda su intensidad.

Esta idea es desarrollada posteriormente por **Meehl** (1962), quien da una visión nueva sobre la esquizofrenia.

Habla de un gen dominante que altera algunas funciones de las sinapsis y que dan lugar a la aparición de sintomatología psicótica. Este fenómeno es denominado *esquizotaxia* y explica la sintomatología esquizotípica y la tendencia a desarrollar esquizofrenia.

Este gen combinado con otros que predisponen a la introversión social, sufrir niveles elevados de ansiedad, baja capacidad para experimentar sensaciones agradables o la exposición a traumas y/o crisis vitales explican la aparición posterior de la esquizofrenia.

En resumen, tanto Rado como Meehl, defienden que la esquizotipia y el trastorno esquizotípico es el trastorno fundamental, y la esquizofrenia es el punto final de una predisposición genética que aparece asociada a la exposición a crisis vitales, de ahí la importancia de poder detectar indicadores precoces de esquizotipia y por ello, predictores de esquizofrenia.

Mientras que en el *estilo* esquizotípico los sujetos presentan ideas con contenido mágico, pero son capaces de apartarlas temporalmente y adaptarse a la realidad social normal, en el *trastorno* esquizotípico esto ya no es posible.

2. 2. 4. 2. ENFOQUE CATEGORIAL

En la línea clínica más clásica, el autor que debe señalarse como primer referente del enfoque categorial es **Emil Kraepelin**, quien ya en 1919 realiza una descripción de los síntomas de la esquizofrenia.

En esta descripción incluía como más importantes, las alteraciones del pensamiento, atención, emocionales, negativismo, conductas estereotipadas y alucinaciones.

Estos síntomas cursaban un gran deterioro crónico y a una edad temprana, por lo que fueron bautizados bajo el término de "*dementia praecox*", y para diferenciar estos trastornos de los que aparecían en las "psicosis orgánicas" como el Alzheimer, con alteraciones neuropatológicas más evidentes, fue considerada como una "psicosis funcional".

Kraepelin se centró en la descripción del curso y desenlace de la "*dementia praecox*" e iniciando la tradición clínica, llegó a diferenciar en la misma, ante la heterogeneidad de los casos, subtipos según la mayor o menor manifestación de ciertos síntomas denominados paranoide, catatónico y emocional o hebefrénico.

Eugen Bleuler, en cambio, propone un estudio más transversal de los síntomas, antes que de su curso y desenlace. Sostiene que en la esquizofrenia el síntoma fundamental y unificador era la fragmentación del proceso de pensamiento.

Se incluía dentro de un grupo de síntomas que consideraba *fundamentales*, como el aplanamiento afectivo, la abulia, el pensamiento peculiar, el trastorno atencional y la indecisión conceptual.

Por el contrario, síntomas actualmente tan reconocidos como delirios y alucinaciones eran considerados como *accesorios*, por aparecer dentro de otras categorías diagnósticas distintas.

Habló de *grupo de las esquizofrenias* para referirse al grupo de trastornos psicóticos en los que incluía la *esquizofrenia latente*, en referencia la que se consideraría después como trastorno esquizotípico.

Se estaba produciendo una cierta confusión terminológica entre trastornos definidos por distintos autores y tendencias, para referirse a determinadas patologías psiquiátricas y en como es el caso, a las de tipo psicótico.

Así encontramos por ejemplo la demencia precoz (Kraepelin), catatonía (Kahlbaum), demencia paranoide (Sander), hebefrenia (Hecker), esquizofrenia simple (Bleuler), trastorno esquizo-afectivo (Kasanin), esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin) y la esquizofrenia de buen pronóstico (Andreansen).

A partir de esta necesidad de acordar un lenguaje común en lo que a terminología psiquiátrica se refiere, la Asociación Americana de Psiquiatría publica en 1952 su *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-I)*, que establece unos criterios diagnósticos claros (síntomas característicos, duración, exclusiones ...) para cada uno de los distintos trastornos psiquiátricos.

Posteriormente y de forma periódica, esta asociación ha ido realizando sucesivas revisiones hasta el DSM-IV-TR DE 2001.

En un ámbito más europeo, de forma paralela a la órbita de influencia de la psiquiatría norteamericana y respaldado por la Organización Mundial de la Salud, surge como respuesta la iniciativa de publicar unos criterios diagnósticos propios bajo la denominación de *International Classification of Disease (ICD)*, que actualmente, en su última revisión de 1992 se conoce como CIE-10.

En la misma línea de consensuar los diagnósticos, a veces diferentes entre distintos países y profesionales, se ha investigado en unificar criterios entre distintos sistemas diagnósticos para mejorar su fiabilidad.

Así Jiménez et al. (2008) refieren que tras estudios como los citados *United States-United Kingdom Study* (US-UK) de Kendell, Cooper y Gourlay (1971) o el *International Study of Schizophrenia* (IPSS) de Wing, Cooper y Sartorius (1974), se encuentran claras diferencias al establecer diagnósticos entre países.

Se proponen por ello instrumentos de consenso diagnóstico, como el cuestionario estructurado *Present State Examination* (PSE) o el programa adjunto informatizado CATEGO.

La clasificación y descripción de los síntomas establecida por Bleuler, a la vista de estos cuestionarios más estandarizados, se revelan demasiado difusos e imprecisos.

Para establecer síntomas mucho más específicos y poder sistematizar el diagnóstico de la esquizofrenia, **Kurt Schneider** habla en 1959 de síntomas de primer rango. Mientras que Bleuler consideraba las alucinaciones y delirios como síntomas accesorios, Schneider los incluye dentro del grupo de síntomas de primer rango que caracterizan la esquizofrenia.

Considera síntomas de *primer rango*, el pensamiento sonoro; voces que discuten; experiencias de pasividad somática; influencia, imposición y robo de pensamiento; transmisión de pensamiento; percepciones delirantes y por último, cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos dirigidos.

Los síntomas de Schneider de *segundo rango* incluyen otros trastornos de la percepción; ideas delirantes súbitas; perplejidad; cambios depresivos o eufóricos; sentimientos de empobrecimiento emocional y un ambiguo "otros".

Estos estudios modifican la visión tan amplia que se tiene de la esquizofrenia desde la comunidad de la psiquiatría americana y llegan a acercarla a la del resto de países, en forma de criterios diagnósticos más estrictos y establecer una duración de al menos seis meses de algunos síntomas.

Con todo ello se da a la vez mayor peso en el diagnóstico de la esquizofrenia a los síntomas psicóticos clásicos que Schneider considera de primer rango (alucinaciones y delirios), pese a que no existan síntomas específicos para dicha enfermedad (Gross y Huber, 2006).

2. 2. 5. EVALUACIÓN DE LA ESQUIZOTIPIA

En la evaluación de la esquizotipia existe una amplia variedad de estudios e investigaciones sobre su naturaleza. En ellas varía tanto la estructura de este concepto, que debemos suponer el carácter multidimensional de la misma o al menos, que la esquizotipia está compuesta por más de un factor.

Al ver la relación de estudios más relevantes realizados sobre la esquizotipia podemos también concluir que los factores que la componen, son similares a los propuestos para la esquizofrenia, algo que apoya la continuidad entre ambos trastornos.

Así por ejemplo, en Álvarez, Gutiérrez y Andrés (2006) se citan varios estudios sobre la estructura factorial de la esquizotipia, que son realizados durante la década de los noventa y que varían en el número y denominación de los factores.

Los hay con una estructura de dos factores (bifactorial) como el de Rawlins y McFarlane (1994) donde se presenta su *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire* (MSTQ), trifactoriales como los que Hewitt y Claridge (1989), tetrafactoriales como el de Rawlins, Claridge y Freeman (2001) e incluso pentafactoriales.

Se da la interesante circunstancia que las dos últimas investigaciones incluyen a la ideación mágica como factor de la estructura de la esquizotipia.

Como muestra del interés que sigue suscitando el estudio de la esquizotipia y en concreto su estructura factorial, en Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez et al. (2007) se presentan también los análisis factoriales, pero en este caso realizados en la última década.

En la siguiente tabla se presentan las investigaciones realizadas en este periodo sobre estructura factorial de la esquizotipia, pero sólo aquellas que incluyen al pensamiento mágico como factor o al *Magical Ideation Scale* como escala de evaluación, manteniendo el soporte teórico que da importancia a la ideación mágica en la predicción de la psicosis.

Tabla 5: Principales investigaciones sobre los estudios factoriales de la esquizotipia de 1997 hasta 2007, que incluyen pensamiento mágico como factor o emplean el MIS. (Adaptada de Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez et al., 2007)

Autores	Nº de factores	Escalas	Muestra N; Media (DT)	Tipo y nacionalidad
Wolfradt y Straube (1998)	3 Ideación mágica/Experiencias perceptuales Ideas de referencia/Ansiedad social Suspiciacia	STA	1362; 15,6 (1,12)	Estudiantes adolescentes alemanes
Rawlings et al., 2001	4 Pensamiento Mágico Suspiciacia Paranoide y Aislamiento Experiencias Perceptivas Inusuales Ansiedad Social	STA	1073; 39,9 (16,8)	Adultos ingleses
Suhr y Spitznagel, 2001	3 Positivo Negativo Desorganizado	SPQ, PAS MIS	1336	Estudiantes universitarios estadounidenses
Cyklarova y Claridge, 2005	3 Experiencias Perceptuales Inusuales Ideación Paranoide/Ansiedad Social Pensamiento Mágico	STA (children)	317; 13,3 (1,2)	Estudiantes adolescentes ingleses
Lewandowski et al., 2006	3 Esquizotipia Positiva Esquizotipia Negativa Afecto Negativo	PAS, MIS PhA, RSoA BDI, BAI	1258; 19,4 (3,7)	Estudiantes universitarios americanos
Wuthrich et al., 2006	3 Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	MIS, PAS RoSA, SPQ	277; 21,7(5,3)	Universitarios australianos
Mass et al., 2007	6 Negativo/Interpersonal Positivo/Cognitivo- Perceptual Esquizotipia Desorganizada Pensamiento Mágico Ansiedad Social Experiencias Psicóticas	ESI, PAS, SPQ, STA, SPI	159; 26,3 (5)	Estudiantes de secundaria y universitarios alemanes

Nota: **MIS**: Magical Ideation Scale; **PAS**: Perceptual Aberration Scale; **PhA**: Physical Anhedonia; **RSoA**: Revised Social Anhedonia; **SPQ**: Schizotypal Personality Questionnaire; **SPQ-B**: Schizotypal Personality Questionnaire Brief; **STA**: Schizotypal Personality Scale; **BDI**: Beck Depression Inventory; **BAI**: Beck Anxiety Inventory; **TPSQ**: Thinking and Perceptual Style Questionnaire; **ESI**: Eppenford Schizophrenia Inventory; **SPI**: Schizotypal Personality Inventory.

Tras los diferentes abordajes teóricos de los factores que componen la esquizotipia, cada uno ha ido proponiendo diferentes escalas que pretenden evaluarla.

Hay escalas que como el *Magical Ideation Scale* (MIS) de Eckblad y Chapman (1983), evalúan exclusivamente uno de los factores que se consideran predictores de la psicosis, mientras que otros instrumentos emplean varias escalas.

Entre los más conocidos de estos últimos están el *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) de Raine (1991), el *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire* (MSTQ) de Rawlins y McFarlane (1994) y el *Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences* (O-LIFE) de Mason, Claridge y Jackson (1995).

En Álvarez et al. (2006) se presenta una relación de los principales instrumentos de evaluación de la esquizotipia y de la proclividad a la psicosis desarrollados desde el *Schizoidia Scale* de Golden y Meehl (1979) hasta la revisión más reciente del O-LIFE, de Mason, Linney y Claridge (2005).

Al estudiar la prevalencia de la esquizotipia en la población adolescente, se puede comprobar que la distribución y proporción de experiencias psicóticas tempranas varía según el instrumento empleado, tal y como muestra una revisión realizada por Fonseca-Pedrero et al. (2009).

Este autor analiza diez ítems del cuestionario denominado COEE ó *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia* en una población de 1653 estudiantes entre 14 y 19 años (Fonseca-Pedrero, 2009).

Observa que entre un 5.5 y un 10.7 % de los adolescentes manifiestan síntomas relacionados con el pensamiento mágico. Así por ejemplo un 10.7 % puntúa 4 ó 5 puntos en una escala Likert de 0 a 5 en el ítem "*Creo que hay gente que puede leer la mente de otras personas*".

Entre el 3.3 y un 11.1 % refieren experiencias perceptivas extrañas (un 11.1 % puntúa con 4 ó 5 puntos en "*Tengo pensamientos tan reales que parece como si*

alguien me hablara”, y entre un 2,7 y un 17,4 % manifiestan síntomas de ideación paranoide (este último porcentaje en el ítem “*Alguien me la tiene jurada*”).

Con estos datos y los de investigaciones similares, podemos extraer como conclusiones por un lado, que la mayoría de las experiencias psicóticas son un fenómeno común, transitorio y no ligado invariablemente a una alteración psicopatológica, y por otro, que sólo en un grupo reducido de adolescentes se mantienen de forma persistente, evolucionando desfavorablemente con el tiempo hacia trastornos psicóticos.

Las posibles trayectorias hacia los trastornos psicóticos son tan heterogéneas como diversas, de forma que los síntomas psicóticos atenuados son un conglomerado rara vez homogéneo de experiencias tales como el pensamiento mágico, la ideación paranoide o experiencias perceptivas extrañas y que no van asociadas necesariamente, ni con una manifestación de malestar por parte del sujeto, ni con un diagnóstico o alteración médica.

Las últimas investigaciones realizadas sobre prevalencia de experiencias psicóticas subclínicas o atenuadas en la población general, encuentran que éstas son bastante frecuentes en muestras comunitarias, pacientes de atención primaria, pacientes psiquiátricos no psicóticos así como en sujetos de alto riesgo genético y clínico.

Las tasas de prevalencia en población general dependen en parte, de los tipos de instrumento de medida, de la muestra y de los criterios estadísticos empleados, pero por ejemplo Van Os et al. (2008) encuentran en un reciente metanálisis, que las experiencias psicóticas subclínicas se sitúan en torno al 5%.

Resultan interesantes las conclusiones obtenidas por Rössler et al. (2007) a partir de un importante estudio comunitario longitudinal (Estudio Zurich), iniciado en 1979 y realizado durante veinte años con la misma muestra de 591 sujetos, que contaban entonces con veinte años.

Encuentran que hay altas medidas de síntomas psicóticos en la población general, incluso de síntomas considerados nucleares. Confirman la continuidad de síntomas psicóticos con experiencias normales y aunque los primeros son bastante variables en la población general, hay una fuerte tendencia a disminuir con la edad.

Mientras en los adolescentes estudiados el consumo de cannabis está específicamente asociado a los síntomas nucleares de la esquizofrenia, por lo que es su más potente predictor, la adversidad social temprana en forma de traumas infantiles o problemas físicos o mentales crónicos de los padres, contribuye de forma más directa sobre la aparición de signos esquizotípicos posteriores.

En otros estudios longitudinales realizados en distintos contextos, Fonseca-Pedrero et al. (2009) encuentran que las experiencias psicóticas atenuadas son un predictor de trastornos posteriores, en unos casos se matiza que hacia trastornos psicóticos, mientras que en otros no necesariamente.

En población general, diversos autores, sostienen que los sujetos que puntúan alto en autoinformes que evalúan aspectos como el pensamiento mágico, aberraciones perceptivas o ideación delirante, tiene más probabilidades de evolucionar hacia trastornos psicóticos.

Otros sostienen que evolucionan más hacia problemas de tipo afectivo o de abuso de sustancias, mientras que otros afirman que en individuos de alto riesgo genético y clínico, estos síntomas son un buen predictor de trastornos psicóticos posteriores.

En el estudio de otras variables como el sexo y la edad, encontramos que mientras unos estudios afirman que las mujeres tienden a relatar más que los varones experiencias de síntomas positivos como alucinaciones o ideas delirantes, otros en cambio, no encuentran esta tendencia y parece más consistente la tendencia de los varones a referir síntomas de tipo negativo como apatía o anhedonia.

Respecto a la edad, parece que los sujetos jóvenes tienden a mostrar un mayor índice de experiencias psicóticas tempranas, respecto a los de mayor edad.

Se ha comprobado por ejemplo, que incluso la presencia de problemas de audición, más bien la autopercepción de problemas auditivos que persiste en el tiempo, aumenta la presencia de experiencias psicóticas sobre todo cuanto menor es la edad del sujeto (Van der Werf et al., 2007).

Pero debe tenerse en cuenta la dificultad que entraña detectar y diferenciar dentro de un periodo tan complejo como es la adolescencia, la manifestación de experiencias psicóticas tempranas, respecto a cambios normales en lo que se refiere a su conducta, pensamientos y emociones.

Lemos (2001) propone la evaluación de la esquizotipia mediante instrumentos estandarizados, prestando atención a una larga serie de signos precoces que puedan aparecer en la adolescencia, de tipo:

- Social: claro aislamiento social, pérdida y olvido de pertenencias, preocupación excesiva por la religión y lo oculto, alteraciones de sueño, suspicacia, conductas y posturas extrañas ...
- Emocional: incapacidad para expresar emociones, risas inadecuadas, estado de ánimo depresivo, cambios bruscos de humor, ansiedad y temor acusados, reacciones extremas a la crítica, irritabilidad y hostilidad acusados...
- Cognitivo: disminución acusada de atención y concentración, uso de palabras sin sentido o estructuras gramaticales peculiares, comentarios o creencias irracionales, confusión entre realidad y fantasía, pensamiento confuso, desordenado y con ideas extrañas.

Sería importante definir de todos ellos, cuáles son los **marcadores de riesgo** más fiables, cuáles son los que tienen un mayor peso predictor y cómo interaccionan, bien entre ellos, o bien con otro tipo de síntomas como los depresivos, que suelen tener su aparición en los estadios precoces de la esquizofrenia.

Todo ello redundaría en una importantísima labor preventiva, que a realizada a nivel clínico, supondría atenuar de forma esencial las consecuencias tan graves que tiene la aparición de un trastorno psicótico, en la trayectoria vital de los sujetos que la padecen.

Sería interesante diferenciar las experiencias “casi-psicóticas” comunes en la población normal de los llamados síntomas prodrómicos, presentes en los estados iniciales de una patología psicótica.

Así por ejemplo, Loewy et al. (2005) desarrollan el *Prodromal Questionnaire* para poder identificar en población escolar síntomas prodrómicos que permitan realizar este primer abordaje preventivo.

Encuentran posteriormente que podrían diferenciarse las experiencias casi-psicóticas de los síntomas prodrómicos, si se tienen en cuenta factores como frecuencia de los síntomas, estrés negativo y búsqueda de ayuda de la persona, normalmente adolescente, afectado (Loewy, Johnson y Cannon, 2007).

El interés que ha suscitado la esquizotipia entre los investigadores, hace que encontremos variedad de estudios, que estudian por ejemplo la posible relación entre esquizotipia y creatividad.

Así Batey y Furnham (2008) encuentran una relación consistente entre ambos, tomando como rasgos de esquizotipia los evaluados por el *Oxford-Liverpool Inventory for Feelings and Experiences* (O-LIFE) de Mason, Claridge y Jackson.

En concreto encuentran la existencia de relaciones significativas de tipo positivo entre creatividad y Experiencias inusuales y Disconformidad impulsiva, mientras que es de signo negativo con Desorganización cognitiva.

Tsakanikos (2006) emplea también el O-LIFE, pero en este caso para concluir que las percepciones erróneas de personas que informan poder ver o percibir hechos inexistentes, presentes en las llamadas Experiencias inusuales, están presentes en

personas tanto con esquizofrenia como con altas puntuaciones en esquizotipia, de forma que dichas percepciones explican los síntomas positivos de ambos grupos.

Encuentran que existe un error en la atribución de sucesos a fuentes externas, que son generados en realidad internamente y esto es apoyado en dos líneas independientes de evidencia:

Primero, que los síntomas positivos de la esquizotipia predicen un incremento en la generación de asociaciones de palabras, y segundo, que tanto en las personas con esquizofrenia, como en aquellas con altas puntuaciones en esquizotipia, aparece un déficit en la capacidad para ignorar estímulos irrelevantes.

En la heterogeneidad de investigaciones relacionadas con la esquizotipia, Sánchez-Bernardos y Avia (2006), encuentran una clara correlación entre tendencia a la fantasía en los adolescentes e ideación mágica, en la dimensión cognitivo-perceptual de la esquizotipia, aunque más débil en la interpersonal.

Giesbrecht et al. (2007) estudian la relación que guarda con síntomas disociativos, como son desrealización o despersonalización y en concreto si la tendencia a la fantasía, los fallos cognitivos y los traumas infantiles podrían explicar la relación entre disociación y esquizotipia. Encuentran que estos tres elementos juntos permiten explicar una parte sustancial (el 58 %) de dicha relación.

Por último, Fischer, Heller y Miller (2007) parten del hecho que los síntomas positivos de la esquizofrenia están asociados con déficits en el mantenimiento del contexto, vinculado con la función del lóbulo frontal y más en concreto con el córtex prefrontal.

Confirman que los síntomas positivos de la esquizotipia están asociados a una reducida habilidad para mantener el contexto, ocurriendo tanto en sujetos que puntúan alto en esquizotipia como en esquizofrénicos.

2. 3. PSICOTICISMO E IDEACION MÁGICA

El concepto de ideación mágica fue asociado desde el principio por **Paul Everett Meehl** a su frecuente aparición en personas con tendencia a desarrollar esquizofrenia, de ahí que ya se confiere inicialmente a este síntoma un cierto carácter predictor de psicosis.

El autor define la ideación mágica como una *creencia, semi-creencia o asunción tomada casi en serio, sobre la posibilidad que ciertos acontecimientos tengan relación entre sí, mientras que los conceptos causales de nuestra cultura no admiten una relación causal entre ellos.*

Entre las experiencias más recurrentes del pensamiento mágico se encuentran las de transmitir o recibir pensamientos, presencias de fuerzas extrañas, influir en los demás por propia voluntad, etc.

Posteriormente, a partir del estudio danés de Kety, Rosenthal, Wender y Schulsinger (1968) sobre la prevalencia de enfermedad mental en familiares biológicos y adoptivos de esquizofrénicos que habían sido adoptados, otros autores como Spitzer, Endicott y Gibbon (1979) encontraron como síntoma prominente a la ideación mágica entre los familiares biológicos de esquizofrénicos adoptados.

Eckblad y Chapman (1983) publican un estudio bajo el ya revelador título de "*Ideación mágica como un indicador de Esquizotipia*", continuación de otro estudio anterior en el que se buscaba identificar jóvenes con tendencia a la psicosis (Chapman, Chapman, Raulin y Edell, 1978).

Se comprueba que en sujetos con síntomas que sugieren tendencia a la psicosis, aparecen puntuaciones altas en el *Magical Ideation Scale*; es decir, puntuaciones altas en ideación mágica (I.M.) tomada como indicador de esquizotipia, conllevan tendencia a la psicosis.

Crean una escala de 30 ítems denominada *Magical Ideation Scale* (MIS) basándose en la definición ya vista de Meehl sobre la ideación mágica, entendida como tendencia a la esquizotipia y esquizofrenia (ver Anexo 12).

Incluye ítems como por ejemplo "He sentido la sensación pasajera de que yo podría no ser humano/a" (ítem nº 2) o "A veces las cosas parecen estar en diferentes sitios cuando llego a casa, aún cuando nadie haya estado allí" (ítem nº 6).

De una muestra inicial de 1.512 estudiantes que contestan a la escala MIS (edad media de menos de 19 años, 830 hombres y 682 mujeres), 28 puntúan al menos dos desviaciones típicas sobre la media de la escala. Este grupo forma la muestra clínica, frente a 27 sujetos de edad, nivel educativo y clases social similares, que serán el grupo control.

En las conclusiones de su estudio Eckblad y Clapman resuelven que la MIS es un instrumento adecuado para predecir futuras psicosis, aunque no está claro que permita identificar distintos tipos de tendencia a la psicosis.

Ven la necesidad de realizar un estudio longitudinal para ver si los sujetos con alta I.M. desarrollan con el tiempo esquizofrenia o alguna otra patología como desorden afectivo.

Por último, los autores contradicen la visión que tenían otros autores sobre la I.M.: los sujetos con alta I.M. puntuaban bajo en anhedonia física. Se comprobó que los sujetos con puntuaciones altas en I.M. (medidas con el M.I.S.) correlacionan de forma negativa con la anhedonia física (medida con el PhA), ya que tal vez identifiquen síndromes psicóticos distintos.

Eckblad y Chapman desarrollan diferentes escalas para evaluar diferentes síntomas que predisponen a la psicosis, antes que intentar evaluar varios síntomas con una sola escala, como plantean Eysenck y Eysenck con su EPS, Nielson y Petersen con el NPSS y Golden y Meehl con el *Schizoidia Scale*.

Así, los autores junto a Raulin desarrollan sendas escalas para dos síntomas indicadores de la tendencia a la psicosis, la *Physical Anhedonia Scale* (PhA) para la anhedonia física y la *Perceptual Aberration Scale* (PAS) para la distorsión perceptual.

Kelley y Coursey (1992) evalúan la correlación entre once escalas distintas de esquizotipia y encuentran que la escala de Eckblad y Chapman correlaciona de forma más que aceptable con el resto (0.71).

En este estudio hay otras escalas como la STA de Claridge y Broks que puntúan incluso más alto (0.86), encontrando por ejemplo, que la PhA de J.P. Chapman, Chapman y Raulin es la única que no correlaciona con el resto de escalas.

Este estudio hace una velada crítica a las distintas escalas de esquizotipia, ya que si bien las considera buenos instrumentos de evaluación del continuo normalidad-psicosis, como la escala de Psicoticismo del EPQ, sostiene que correlacionan de forma muy alta con Neuroticismo, por lo que considera que evalúan tanto psicoticismo como neuroticismo, con un énfasis especial en este último.

Eysenck (1992) defiende su escala P del EPQ como válida para la evaluación del psicoticismo y aborda las razones por las que se encuentra con frecuencia que precisamente los psicóticos puntúan sorprendentemente bajo en esta escala, aspecto interesante para las conclusiones de esta tesis. Por el contrario, otros colectivos como psicópatas y criminales, puntuaban alto en la escala de psicoticismo P.

Estas razones deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar resultados de psicóticos en escalas de psicoticismo y compararlos con los obtenidos por otros colectivos, algo que a priori puede ser importante para esta investigación, ya que la muestra clínica se divide entre grupo de psicóticos y de no psicóticos.

Entre las razones que encontraba para las puntuaciones bajas de los psicóticos encontró por ejemplo que:

- Es una escala de psicoticismo, no de psicosis, por lo tanto omite ítems propios de la psicosis e incluye aquellos que evalúan el psicoticismo en grupos normales, o al menos, no psicóticos.
- En psicóticos ocurre especialmente un déficit en el "insight" o reconocimiento de sus síntomas como tales, por lo que no contestan de forma fiable a ítems que preguntan por los mismos.
- Los sujetos psicóticos puntúan alto en la escala L (Disimulo/Conformidad) encontrándose una media de 13 para pacientes psicóticos y de 6 para controles.
- La muestra de psicóticos casi en su totalidad, está bajo el efecto de medicación, que interfiere en sus respuestas de la escala P.
- La mayoría de psicóticos evaluados permanecen ingresados en instituciones, algo que hace que contesten de formas impredecibles.

Eysenck sugiere que debe seguirse investigando en escalas de esquizotipia que evalúen de forma "más pura" el psicoticismo, por lo que deben cuestionarse si las medidas evalúan realmente la dimensión de psicoticismo o bien la de neuroticismo.

Apoya su crítica en una de las conclusiones del estudio de Kendler, Grueber y Strauss (1981, citado en Eysenck, 1992, p.777), que realiza un análisis sobre una muestra de adopción de Copenhague, encontrando que no existen conexiones genéticas o en el ambiente familiar entre ansiedad y esquizofrenia.

El concepto de ideación-pensamiento mágico será empleado posteriormente como factor de esquizotipia en otros estudios e investigaciones de esquizotipia, apoyando el peso teórico del mismo como predictor de psicosis.

Así el pensamiento mágico aparece como factor de esquizotipia en numerosas investigaciones sobre la estructura factorial de la esquizotipia y en otras investigaciones similares se incluye directamente el MIS entre las escalas que estudian factorialmente a la esquizotipia (ver tabla 5).

Autores influyentes en este campo como Rawlins y McFarlane incluyen a la I.M. como una escala de evaluación dentro de su cuestionario de evaluación de esquizotipia, el *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire* (MSTQ).

En el propio DSM-IV (APA, 1995) aparece descrito como criterio número 2 del Trastorno esquizotípico de la personalidad (ver Anexo 6): "*creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)*", por lo que ya se se considera como uno de los síntomas característicos de dicho trastorno.

Podemos decir que el cuestionario desarrollado por Eckblad y Chapman (1983) puede servir para detectar un estilo esquizotípico, germen del trastorno esquizotípico.

Esto es avalado a la vista de los numerosos estudios que emplean a la I.M. y las escalas que lo evalúan y por su poder predictor de psicosis, en la medida que permite evaluar la esquizotipia.

Otra evidencia clara es el carácter multifactorial de la esquizotipia, al igual que ocurre con la esquizofrenia, lo que puede apoyar la tesis de que ambas tengan una etiología común (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez et al., 2007).

En la relación existente entre las variables estudiadas en esta tesis, se ha relacionado repetidamente en los estudios que sujetos ambidextros puntúan significativamente alto en ideación mágica.

Investigaciones recientes han cuestionado que exista una relación tan clara, ya que se emplean cuestionarios de preferencia manual que exclusivamente miden habilidades concretas, en las que podrían interferir variables de personalidad antes que una medida neuropsicológica.

Así por ejemplo el estudio de Grimshaw, Yelle, Schoger y Bright (2008) encuentra que no existe relación entre ideación mágica y las medidas conductuales de preferencia manual.

Otro estudio más reciente de Bryson, Grimsaw y Wilson (2009) encuentra que la ideación mágica tiene relación con la preferencia manual ambidextra, pero no cuando es medida mediante habilidades concretas de preferencia manual. Añade que esta relación está influenciada por la variable de personalidad de Apertura, por lo que concluyen que las variables de personalidad también influyen en las respuestas a cuestionarios de preferencia manual.

Como **conclusión**, deben tenerse en cuenta en el futuro otra serie de variables en la relación entre ideación mágica y preferencia manual, a la hora de hacer interpretaciones de tipo neuropsicológico.

CAPÍTULO 3

LOS PROCESOS COGNITIVOS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

3. 1. EL DEFICIT COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA

El estudio de los aspectos cognitivos en la esquizofrenia ha ido progresivamente cobrando importancia y peso específico en las distintas disciplinas científicas que buscan un mejor entendimiento de la enfermedad.

Cada vez son más las investigaciones y publicaciones que se dedican a valorar el déficit cognitivo de las personas con esquizofrenia como uno de los más importantes, de forma que pasa de estar casi ignorado en los albores de la psiquiatría, a ser el aspecto clave en la investigación de la esquizofrenia a finales de los años 70.

Los primeros investigadores que sientan las bases del estudio de la esquizofrenia ya reconocían la existencia de limitaciones cognitivas en el grupo de enfermedades psicóticas, pero se centraban más en la descripción, estudio y abordaje terapéutico de las características más clínicas y aparentemente más llamativas de la enfermedad. Cuesta, Peralta y Zarzuela (1996) citan como ejemplo a varios autores:

- Kraepelin (1919) habla de las limitaciones de los esquizofrénicos y dentro de ellas da preponderancia a las referidas a la atención, ya que las de orientación, memoria y percepción las considera en general relativamente conservadas. Por encima de las limitaciones cognitivas, situaba en importancia los trastornos de la emoción y la voluntad.
- Bleuler (1911) relega las limitaciones cognitivas al rango de síntomas accesorios, afirmando que todas las funciones cognitivas se mantienen en un nivel adecuado.
- Schneider (1959) no relaciona directamente los déficits cognitivos con la esquizofrenia, de hecho los síntomas claramente cognitivos no son incluidos entre los considerados de primer rango.

A medida que el déficit cognitivo llega a tomar consideración de aspecto central en el estudio de la esquizofrenia, tanto la neuropsicología como la exploración y evaluación neuropsicológica comienza a aplicarse a los distintos trastornos psiquiátricos y deja de emplearse en los mismos ámbitos, como son los de personas con daño cerebral.

Autores como Keefe (1995) sostienen que la aplicación de tests neuropsicológicos en pacientes psiquiátricos ha partido con frecuencia de planteamientos teóricos incorrectos, como que los tests son específicos de determinadas funciones cognitivas o que deban orientarse a detectar las áreas cerebrales afectadas.

Plantea que la nueva neuropsicología debe orientarse hacia una serie de aspectos más prácticos, como la identificación de marcadores de subtipos, predictores de curso de la enfermedad, marcadores de diagnóstico diferencial y por último, indicadores que ayuden a la planificación del tratamiento.

Cuesta et al. (1996) resumen la creciente investigación de la evaluación neuropsicológica en el ámbito de la esquizofrenia en cuatro etapas:

- En la primera, localizada en los años 70, los estudios se centraban en comparar el rendimiento de pacientes esquizofrénicos en pruebas neuropsicológicas clásicas, como la batería Halstead-Reitan, Luria Nebraska o escalas de inteligencia de Wechsler, con el de sujetos sanos u otros colectivos como el de daño cerebral. Así se buscaba detectar y definir los déficits cognitivos de los esquizofrénicos.

En una revisión de 94 estudios de esta época, Heaton, Baade y Johnson (1978) encuentran como principales conclusiones sobre el rendimiento cognitivo en la esquizofrenia que:

- Los esquizofrénicos no rinden en ningún estudio mejor que los sanos.
- Los esquizofrénicos con episodios agudos rinden mejor que los crónicos.

- No hay diferencias significativas entre los esquizofrénicos crónicos y los pacientes con trastornos orgánicos.

Otros autores encuentran incluso que estas baterías permiten discriminar entre pacientes psicoorgánicos y esquizofrénicos, llegando Goldstein y Halperin (1977) a graduar en un continuo la afectación cognitiva en el WAIS y en la Batería Halstead-Reitan, entre los distintos trastornos psiquiátricos, según la siguiente secuencia:

(Ausencia de daño cognitivo) ... Sanos ⇒ Afectivos sin psicosis ⇒ Psicosis afectiva ⇒ Trastornos con síntomas esquizofrénicos ⇒ Esquizofrenia paranoide ⇒ Esquizofrenia no paranoide ⇒ Trastornos orgánico-cerebrales ... (Mayor grado de deterioro cognitivo).

Posteriormente el mismo autor reafirma que el funcionamiento cognitivo de los pacientes con Trastorno esquizoafectivo, se asemeja más al de pacientes con Esquizofrenia, que al de pacientes no psicóticos con Trastornos del estado de ánimo (Goldstein, Shemansky y Allen, 2005).

Encuentran que hay gran heterogeneidad en los distintos subtipos clínicos de esquizofrenia y tanto los grupos de trastorno esquizoafectivo, como esquizofrenia paranoide, tienen la mayor proporción de sujetos con rendimiento neuropsicológico normal. Gradúan este rendimiento de mayor a menor, entre los diferentes subtipos clínicos de la siguiente forma:

T. Esquizoafectivo ⇒ Esquizofrenia paranoide ⇒ Indiferenciada ⇒ Residual.

- En los años 80, se emplean baterías más flexibles que las anteriormente citadas y que se componen de varias pruebas orientadas a distintas funciones cognitivas.

Encuentran estas investigaciones que por ejemplo existe una alteración bilateral de las funciones fronto-temporales, mientras que se conservan las parietales.

- Posteriormente los estudios se centran, tanto en profundizar los déficits detectados, como en lo específico de las alteraciones cognitivas.

Las principales alteraciones detectadas tanto en la esquizofrenia como en otros trastornos psicóticos, serán en las áreas de atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje.

- Por último, en los años 90, aceptada la presencia de déficits cognitivos, las investigaciones se centran en precisar el tipo de déficits y su relación con variables de la enfermedad y del tratamiento (edad de inicio de la enfermedad, sexo, curso de las alteraciones cognitivas y sintomatología psicótica, antecedentes familiares ...).

En esta línea de investigación, Cuesta, Peralta y Zarzuela (1998) establecen una gradación de la afectación cognitiva de los pacientes esquizofrénicos, diferenciando entre:

- **Ligera** (de 0.5 a 1 DS por debajo de la media de los sujetos sanos): habilidades perceptivas, memoria de reconocimiento demorada y confrontación-denominación.
- **Moderada** (de 1 a 2 DS por debajo de la media de los sujetos sanos): distraibilidad, recuerdo demorado, habilidades visomotoras, memoria inmediata y memoria de trabajo.
- **Grave** (más de 2 DS por debajo de la media de los sujetos sanos): aprendizaje de series, funciones ejecutivas, vigilancia, velocidad motora y fluencia verbal.

En general, autores como Bell, Fiszdon y Bryson (2009) afirman que de forma cada vez más amplia, los déficits cognitivos se consideran como un rasgo fundamental de la esquizofrenia.

Las limitaciones que sufren los pacientes de esquizofrenia en capacidades como memoria, atención y funciones ejecutivas, persisten a lo largo del curso de la enfermedad, independientemente de la fluctuación de los síntomas y ayuda a explicar su pobre funcionamiento social y ocupacional.

Pese a la naturaleza duradera de estos daños, sostienen que hay evidencia de que las personas con esquizofrenia pueden mejorar su actuación en una variedad de tareas de entrenamiento cognitivo.

Respecto al funcionamiento social, autores como Morrison y Bellack (1987) consideran que es un elemento característico de la esquizofrenia, hasta el punto de quedar incluido en los criterios diagnósticos oficiales desde la DSM-II en 1983.

En general, las mujeres con esquizofrenia experimentan un curso más benigno, con una edad de inicio mayor, mejor respuesta a los neurolépticos, mejores resultados clínicos globales, menor número de hospitalizaciones y menor riesgo de suicidio.

Se ha encontrado que en el funcionamiento social influye el género, de forma que en general, a corto plazo las mujeres presentan un menor deterioro global social, con mejor ajuste familiar y ocupacional, mayor red social y más frecuentes contactos sociales, mientras que a largo plazo, las diferencias se mantienen a favor de las mujeres, pese a que las ventajas clínicas se igualen más (Haas y Garratt, 1998).

Jiménez, Vázquez y Waisman (2000) realizan un análisis del funcionamiento social según el género en las siete escalas de la *Escala de Funcionamiento Social (SFS)* de Birchwood et al. (1990) y encuentran que las diferencias a favor de las mujeres se dan sólo en tres de ellas: autonomía-ejecución, autonomía-competencia y empleo.

En las otras cuatro (aislamiento, comunicación, ocio y prosocial) no hay diferencias significativas respecto a género y finalizan cuestionando si las diferencias observadas en funcionamiento social, tendrían su origen en los roles asignados culturalmente a cada género, ya que están relacionadas con las tareas domésticas y las expectativas sociales tradicionales hacia el género femenino y suponen una ventaja hacia su rehabilitación.

Otro estudio que encuentra diferencias en la esquizofrenia según el género es el realizado por Kaneda, Nagamine y Fujii (2003), quienes concluyen que las mujeres con este diagnóstico parecen ser biológicamente más insensibles al estrés, comparadas con los esquizofrénicos.

En la medida del rasgo de ansiedad, la muestra de esquizofrenia puntúa significativamente más alto que en sanos, pero sólo dentro de los hombres. En los esquizofrénicos hombres correlacionaban significativamente puntuaciones altas en ansiedad con la puntuación en síntomas positivos, algo que tampoco ocurría en mujeres.

En un amplio estudio de Fiovaranti, Carlone, Vitale, Cinti y Clare (2005) realizan un meta-análisis de 113 estudios que estudian el déficit cognitivo de personas con esquizofrenia, seleccionados a partir de 1275 estudios realizados entre 1990 y 2005.

Estudian cinco dominios cognitivos: inteligencia, memoria, lenguaje, función ejecutiva y atención y encuentran que fundamentalmente son la atención y la memoria los principales focos de interés de las investigaciones.

En los resultados del estudio se encuentran resultados significativos en los diferentes estudios y para cada uno de los dominios cognitivos investigados, al comparar el rendimiento de personas con esquizofrenia, comparadas con sujetos controles de edad similar.

Todos los dominios cognitivos estudiados reflejan unas diferencias significativas entre pacientes y controles, siendo las de memoria las más evidentes y algo menos las de lenguaje e inteligencia.

Muchos autores tienden con el paso del tiempo a centrarse en los déficits por atención como el déficit cognitivo fundamental de la esquizofrenia, de forma que su estudio permitirá entender mejor los síntomas de esta enfermedad.

Así por ejemplo, Mirsky et al. (1995) resumen en tres los principales déficits y dificultades cognitivas presentes en la esquizofrenia:

- Atención selectiva (habilidad para atender selectivamente a la información relevante, ignorando distractores o información no relevante para la tarea).
- Atención sostenida (habilidad para mantener la atención en situaciones que demandan un esfuerzo continuado de atención).
- Tiempo de reacción, incluyendo la habilidad para mantener la velocidad de procesamiento perceptual y cognitivo.

Podemos decir, que en general, son **atención** y **memoria** los principales focos de interés en los estudios realizados actualmente sobre daños cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Por contra, Fiovaranti et al. (2005) afirman que en la mayoría de psiquiatras, predomina una visión de la esquizofrenia como producto de un daño cerebral y las limitaciones en el funcionamiento cognitivo, como una de las manifestaciones de la neuropatología de la enfermedad.

En resumen, podemos afirmar que desde las primeras descripciones de la esquizofrenia, se ha asociado a un déficit en el funcionamiento cerebral y aunque no todos le concedían la misma importancia a los déficits cognitivos, todos reconocían su existencia en un cierto grupo de pacientes.

Desde entonces se han dedicado grandes esfuerzos a determinar dicho déficit mediante estudios que intentaban detectar la estructura, los neurotransmisores o las funciones alteradas o dañadas.

Pese a que las descripciones de los déficits cognitivos están presentes desde los inicios de la psiquiatría, como Kraepelin (1919) sobre los trastornos de atención y es evidente el creciente interés en los últimos tiempos sobre su estudio, no deja de sorprender según Zarzuela (2002), que no estén incluidos como criterio diagnóstico en las clasificaciones diagnósticas actuales.

Por último y en relación con los daños cognitivos, deben citarse las limitaciones que sufren los esquizofrénicos en su **funcionamiento social**, fruto de una ejecución deteriorada en tareas de cognición social, enfoque que se empieza a estudiar a partir de los años noventa.

Jaramillo, Fuentes y Ruiz (2009), ponen como ejemplo el proyecto MATRICS (*Measurement Research to Improve Cognition in Schizophrenia*) de Green y Nuechterlein, como un esfuerzo para entender la naturaleza y extensión de la disfunción cognitiva en la esquizofrenia y así poder desarrollar tratamientos que permitan mejorar estos déficits.

El proyecto MATRICS estudia siete dominios cognitivos en los que personas con esquizofrenia muestran déficits: velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, atención/vigilancia, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, y cognición social.

Encuentran como principales conclusiones la relación encontrada entre el reconocimiento de emociones y el funcionamiento cognitivo, a la vez que social o comunitario.

Así sería importante orientar a las personas con esquizofrenia hacia tratamientos hacia la mejora de la cognición social que permitirían a su vez mejoras en el funcionamiento social cotidiano.

Entre los tratamientos de entrenamiento en cognición social, Jaramillo et al. (2009) citan como ejemplos más reconocidos:

- *Training of Affect Recognition* (TAR) de Frommann, Streit y Wölwer.
- *Emotion Management Training* (EMT) de Hodel, Brenner, Merlo y Teuber.
- *Psychological Integrate Therapy for Schizophrenia* (IPT) de Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes.
- *Cognitive Enhancement Therapy* (CET) de Hogarty y Flesher.
- *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) de Penn, Roberts, Munt et al.

Dentro de la cognición social, uno de los aspectos afectados en personas con esquizofrenia es la habilidad para representar estados mentales de los otros y hacer inferencias sobre sus intenciones, más conocido como *teoría de la mente*.

Autores como Brune (2005) encuentran que los déficits en teoría de la mente de personas con esquizofrenia, contribuyen directamente a los problemas que encuentran en su funcionamiento social.

Tanto la teoría de la mente como el resto de aspectos de cognición social, como por ejemplo, procesamiento de emociones, percepción social o conocimiento social, ganan entidad como mediadores en las relaciones existentes entre el funcionamiento neurocognitivo y el social de la esquizofrenia (Sergi, Rassovsky, Nuechterlein y Green, 2006).

Jahshan y Sergi (2007) llegan a estudiar este déficit, en este caso, en personas con esquizotipia, considerada como manifestación no clínica de los mismos factores biológicos subyacentes que afloran con claridad en la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico (Claridge y Beech, 1995).

Su interés por este estudio indirecto del déficit en cognición social en la esquizofrenia se debe, a que es posible estudiar dicho déficit en sujetos esquizotípicos en "estado puro", sin las interferencias comunes habituales en muestra de esquizofrénicos, como el efecto de la medicación, el aislamiento social y los frecuentes periodos de hospitalización.

Encuentran en cambio, que las personas con alta esquizotipia no se diferencian en percepción de emociones o teoría de la mente respecto a los que puntúan bajo.

Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones anteriores, respecto al primer aspecto (percepción de emociones) aunque contradicen a las que sí encontraban déficits en el segundo (teoría de la mente).

Tampoco difieren en índices de memoria verbal secundaria y función ejecutiva, pero encuentran en cambio, que los sujetos con alta esquizotipia presentan más déficits en su funcionamiento social, académico y familiar.

3. 2. MODELOS DEL DÉFICIT COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA

Dentro de la gran variedad de estudios y conclusiones sobre el déficit cognitivo de la esquizofrenia, pueden hacerse dos grandes grupos de modelos explicativos (Cuesta et al., 1996):

- Aquellos que dan una explicación sobre el trastorno esquizofrénico, integrando los déficits cognitivos descubiertos: **Modelos de Enfermedad**.
- Aquellos que desde la neuropsicología tratan de explicar el funcionamiento cerebral y sus alteraciones: **Modelos de la Función Cognitiva**.

3. 2. 1. MODELOS DE ENFERMEDAD.

- **Modelos del curso**

Algunos de estos modelos se centran en un aspecto concreto de la esquizofrenia, de forma que mediante la observación de evidencias, describen su evolución ofreciendo así, una visión propia a la hora de entender la enfermedad.

Entre los modelos del curso el modelo más antiguo es el **Modelo de la Encefalopatía Progresiva** que apoya la teoría de la existencia en la esquizofrenia de una patología a nivel cerebral, de forma similar a la demencia.

Autores recientes como Bilder et al. (1992) y Davidson et al. (1995), siguen el camino iniciado por Kraepelin y las descripciones de su "dementia praecox".

A diferencia del modelo anterior, el **Modelo de la encefalopatía estática** sostiene que las alteraciones cognitivas de la esquizofrenia están presentes desde antes de la aparición de la enfermedad y se mantienen activas, variando en función de la variable edad.

Dentro de este modelo se encuentran autores como Heaton et al. (1994); Rund, Landro y Orbeck (1997) y Russell et al. (1997).

-
- **Modelo de Vulnerabilidad-Estrés.**

Este modelo de Zubin y Spring (1997) ya citado en los puntos anteriores (1.2. Modelos de Esquizofrenia y 2.2.3. Esquizotipia y Esquizofrenia), plantea que ciertos individuos tienen una vulnerabilidad o predisposición a sufrir esquizofrenia y que ciertos aspectos pueden influir en su aparición.

- **Modelos de procesamiento de la información.**

Desde el paradigma teórico del procesamiento de la información ha surgido un nutrido cuerpo de modelos, teorías explicativas e investigaciones sobre el déficit cognitivo esquizofrénico, que aparecen presentados en Ruiz-Vargas (1984, p.57).

Nuechterlein y Dawson (1984) son dos autores que representan a este modelo, ya que sostienen que los fallos cognitivos característicos de los esquizofrénicos ocurren en uno o varios de los pasos necesarios para el correcto procesamiento de información.

Los autores coinciden con Zubin en el concepto de vulnerabilidad personal, al plantear la existencia de factores de vulnerabilidad que son bien de tipo personal (reducción de la capacidad de procesamiento, hiperreactividad autonómica a estímulos aversivos, déficits en la competencia social ...) como ambientales (estresores sociales, ausencia de soporte social...).

Incluyen también factores intermedios (sobrecarga de la capacidad de procesamiento, hiperactividad autonómica, procesamiento deficiente de estímulos sociales...) aunque no especifican la importancia de cada uno.

- **Modelo del Neurodesarrollo.**

Murray, Lewis y Reveley (1985) y Weinberger (1987) aparecen como principales representantes de este modelo, que sostiene que el déficit cognitivo de la esquizofrenia se debe a alteraciones presentes en el sistema neurológico desde los primeros meses de la gestación.

Así los factores causales serían de tipo genéticos y congénitos y afectaría a todo el desarrollo cerebral posterior.

En este modelo la persona que sufre esta enfermedad ha llevado una vida normal hasta la segunda década de la vida, en la que empiezan a producirse cambios en su cerebro en forma de alteraciones cognitivas que afectan a una correcta percepción de la realidad.

3. 2. 2 MODELOS DE LA FUNCIÓN COGNITIVA.

Los modelos cognitivos sobre la sintomatología de la esquizofrenia nacen a la luz de un enfoque centrado en los procesos cognitivos afectados en la esquizofrenia.

Sus *raíces* teóricas se remontan a autores clásicos como Kraepelin (1919) o Bleuler (1911), quien ya consideró las alteraciones asociativas en el pensamiento como síntomas básicos de la esquizofrenia, frente a otros como alucinaciones y delirios.

- **Modelo Psico-orgánico.**

Este modelo nace de los orígenes de la Neuropsicología clásica, que pasa de concebir al cerebro como un órgano indiferenciado, a considerarlo como formado por partes diferenciadas, de forma que en cada una de ellas residen capacidades cognitivas bien definidas.

El modelo psico-orgánico trata de identificar qué facultades residen en cada una de las partes que componen el cerebro, algo que es el principio básico del **Localizacionismo**.

Los autores más representativos y ya clásicos, que desde principios del siglo XIX contribuyen a formar este modelo son:

Franz Joseph Gall, que propone a principios del siglo diecinueve que cada hemisferio es independiente y pueden funcionar como órganos separados. Representa el localizacionismo más estricto, al identificar capacidades concretas en zonas muy concretas del cerebro mediante mapas que ubican estas funciones psicológicas, algo que se conocería posteriormente por *frenología*.

Paul Broca, que descubre que la mayoría de los hombres son por naturaleza, siniestrohemisféricos para el lenguaje. Sugiere que cada circunvolución cerebral tenga sus propias funciones parciales. La zona del cerebro denominada *Área de Broca*, es la responsable del lenguaje hablado y la lesión en esta zona lleva a trastornos de lenguaje, como la afasia de Broca (ó *afasia motora*), que supone pérdida de la capacidad motora del habla.

Sus trabajos dan pie a Carl Wernicke a identificar otra área cercana a la de Broca, denominada como *Área de Wernicke*, que se encarga de la comprensión del habla y su lesión provoca un trastorno denominado *afasia sensorial*, en la que el sujeto no identifica las palabras oídas pero puede hablar muchas palabras aunque sean defectuosas.

Korbinian Brodmann es conocido en Neuropsicología por su *mapa citoarquitectónico* en el que se identifican hasta 50 áreas de la corteza cerebral.

Cada área está localizada y tiene unas funciones bien definidas; así por ejemplo, las áreas 1, 2 y 3 son el área somestésica primaria y se localiza en el giro postcentral y en el lóbulo paracentral, o las áreas 18 y 19, que son el área de asociación visual y de los movimientos automáticos de los ojos y se localiza en el lóbulo occipital.

En general, los estudios de este modelo asocian la manifestación de una disfunción o déficit cognitivo a un daño estructural localizado en un área concreta cerebral. Se centran en estudiar las diferencias entre cerebros sanos y afectados y desarrollar pruebas psicométricas para evaluar sus funciones y déficits.

Pero con el tiempo y las evidencias empíricas, este modelo encuentra con frecuencia que un déficit cognitivo no se correspondía con ningún daño estructural, por lo que se acabará superando esta perspectiva localizacionista del déficit cognitivo.

Entre los modelos más representativos que han surgido posteriormente dentro de la neuropsicología y que se incluyen dentro de los modelos de la función cognitiva (Cuesta et al., 1996) encontramos:

- **Modelo del Procesamiento distribuido en paralelo de G. E. Alexander.**

El modelo del Procesamiento distribuido en paralelo plantea desde un punto de vista bioquímico al cerebro, entendido como estructura que actúa en paralelo a la hora de producir una respuesta neuronal, balance de las sinapsis excitatoria e inhibitorias.

Los déficits cognitivos estarían provocados por una alteración en el balance final de estas sinapsis (Alexander, De Long y Strick, 1986).

- **Modelos de redes neuronales de J. L. Cummings.**

En el modelo de Cummings (1993), se asemeja el cerebro a una computadora en la que los procesos simbólicos resultan de una gran actividad de neuronas interconectadas (redes neuronales), que procesan la información según algoritmos matemáticos.

Estas redes permiten que una parte de la red asuma las funciones propias de otra parte si ésta resulta dañada, de forma que un proceso pueda llevarse a cabo por diferentes vías.

Cummings propone diferentes circuitos neuronales que permiten la ejecución de diferentes funciones y se centra en los circuitos que relacionan estructuras frontales y subcorticales y las repercusiones que tienen en la conducta de los sujetos cuando sufren alteraciones.

Propone que estas alteraciones en los circuitos neuronales provocan diversos síndromes frontales, cada uno con unas repercusiones diferentes en la conducta del sujeto. Así por ejemplo, el síndrome prefrontal dorsolateral provoca déficits ejecutivos, el síndrome orbitofrontal provoca alteraciones de la personalidad y el síndrome cingulado anterior relaciona con inhibición de la conducta.

- **Modelo de Automonitorización de C. D. Frith.**

Inicialmente, Frith (1987) presenta un modelo en el que afirma que los síntomas positivos son el resultado de la existencia de intenciones deseadas, que no son reconocidas como tales.

En la esquizofrenia, un síntoma psicótico como la inserción de pensamiento sería la experiencia de experimentar pensamientos sin ninguna intención aparente de tenerlos. Si adoptan la forma de habla interna, llevarían a una experiencia de voces interiores.

En 1979 Frith señala como defecto cognitivo básico de la esquizofrenia el déficit en la toma de conciencia de procesos automáticos, que normalmente funcionan por debajo del nivel de la conciencia. Forma parte de las teorías que asocian anomalías perceptivas y debilitamiento de los procesos inhibitorios implicados en la atención consciente.

En 1995 propone una relación entre la sintomatología y los déficits neuropsicológicos, con una división de los síntomas de la esquizofrenia en tres dimensiones, la primera de ellas es la responsable de los síntomas negativos de la esquizofrenia, mientras que las dos últimas son responsables de los síntomas positivos.

Las tres dimensiones en las que divide Frith los síntomas de la esquizofrenia son:

- trastornos de la conducta intencionada, que conducen a síntomas tales como conducta inapropiada, perseveración y abulia.

Este trastorno de la conducta intencionada se atribuye a una disfunción del córtex prefrontal y temporal, observada en estudios con PET. En estos estudios se encontró una disminución del flujo sanguíneo en regiones frontales a la vez que aumentos en regiones temporales de sujetos esquizofrénicos.

Los PET se obtenían durante la realización de tareas en las cuales los sujetos debían seleccionar acciones sin la ayuda de claves externas, es decir en tareas donde se evalúa la capacidad de generar por sí mismos acciones.

- trastornos del auto-monitoreo, que conducen a alucinaciones auditivas, inserción de pensamientos y delirios de control.
- trastornos en la evaluación de las intenciones de los otros, que conducen a síntomas tales como delirios de persecución, delirios de referencia, discurso ilógico y alucinaciones en tercera persona.

Los síntomas negativos de la esquizofrenia son explicados por Frith en 1992 como resultado de la combinación de la fatiga cognitiva, que provoca mecanismos de autoprotección en forma de agotamiento.

En los dos casos deben atribuirse a un déficit en el sistema de supervisión atencional o de la función ejecutiva de control, localizado en la zona frontal, ya que las tareas que requieren el desempeño de dicha función son en las que los esquizofrénicos muestran peor rendimiento cognitivo.

En el modelo de Frith se señala la existencia de dos rutas de acción, una para las acciones voluntarias (Objetivos-Planes, Intención voluntaria, Acción, Respuesta) y otra para las acciones automáticas (Percepción, Estímulo-Intención, Acción, Respuesta) así como una vía cerebral para la automonitorización (figura 6).

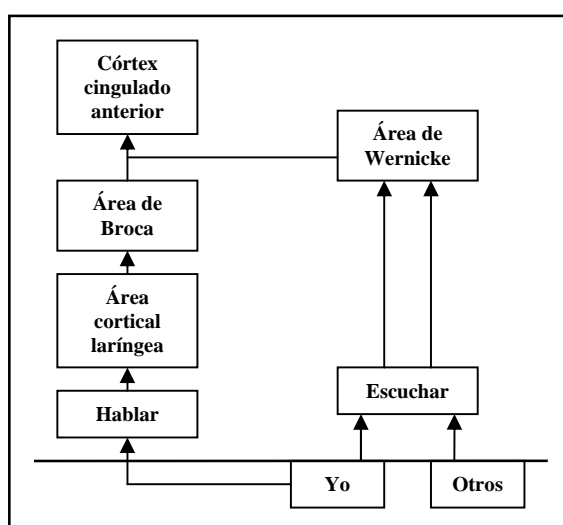


Figura 6. Vía cerebral de la Automonitorización de Frith (1995)

Lo importante del modelo es la afirmación de que los síntomas negativos se relacionan con una alteración en la producción de acciones voluntarias y los síntomas positivos con un déficit en la automonitorización.

Se ha mostrado que las personas con esquizofrenia que sufren alucinaciones, respecto a los "sanos" y esquizofrénicos sin alucinaciones, presentan un flujo sanguíneo disminuido en las áreas usadas para supervisar el discurso (circunvolución temporal medial izquierda y el área suplementaria motora).

Se comprueba que ocurre durante la realización de una tarea que simulaba el mecanismo de las alucinaciones, en la que los sujetos tenían que terminar una oración e imaginarse que la respuesta era expresada por la voz de otra persona (Frith, 1996).

Respecto a los síntomas positivos, los estudios en PET han mostrado que las alucinaciones en los pacientes con esquizofrenia se asociaban a una disfunción de las regiones cerebrales, implicadas en el auto-monitoreo de las acciones (Frith, Blakemore y Wolpert, 2000).

- **Modelo de niveles funcionales: el modelo neuropsicológico de A. R. Luria.**

Dentro de los modelos neuropsicológicos, el modelo de las funciones superiores de Alexander Romanovich Luria, nace dentro de la psicología soviética, como modelo referente para el ámbito europeo de metodología cualitativa, frente al enfoque más cuantitativo de la neuropsicología americana, representada por autores como W. C. Halstead, R. W. Sperry, H. L. Teuber o A. L. Benton.

Frente a un modelo localizacionista, en el que cada función se encuentra en un área del cerebro concreta, presenta una teoría de localización sistémico-dinámica de las funciones psicológicas superiores, donde es fundamental el concepto de *función* (León-Carrión, 1995).

En la teoría de Luria, la idea de función hay que entenderla como un sistema funcional, de forma que una zona del cerebro puede estar implicada en diferentes funciones y cada función puede depender para su ejecución de diferentes áreas cerebrales.

En la ejecución de una tarea intervienen tanto zonas corticales como subcorticales, cada una de ellas especializadas en un aspecto concreto de esa tarea.

El modelo de A. R. Luria propone el funcionamiento cerebral, desde la integración conjunta de tres unidades o bloques funcionales:

1. *Bloque de la activación.* Se encarga del tono cortical o estado óptimo de activación de la corteza cerebral.

Es en otras palabras, el bloque energético del cerebro, responsable de mantener el estado de vigilia en un grado óptimo. Este bloque funciona según un principio de cambios graduales, a diferencia del segundo bloque que es sólo dicotómico.

Tiene como estructura más importante la formación reticular, que puede ser tanto ascendente (sistema de activación reticular ascendente ó SARA, que actúa de forma tónica y generalizada sobre el córtex) como descendente (sistema de activación reticular descendente ó SARD) a través de conexiones con el córtex frontal.

Las fuentes de la activación de este bloque pueden ser de tres clases:

- procesos metabólicos relacionados con motivaciones primarias (implica al hipotálamo) y con las emociones (sistema límbico). Son la base del nivel de conciencia o estado de alerta.
 - vías específicas de subida y bajada de la formación reticular. Son la base de la atención involuntaria.
 - propósitos conscientes del sujeto, que implican la formación reticular descendente (SARD) desde el lóbulo frontal. Esta conexión es la base de la atención voluntaria, que se caracteriza por ser exclusiva del ser humano, aparece de forma tardía y tener un fuerte origen sociocultural.
2. *Bloque del input.* Se encarga de la recepción, elaboración y almacenamiento de la información. Se encuentra en las regiones posteriores de la corteza cerebral (lóbulos parietal, temporal y occipital).
 3. *Bloque de programación y control de la actividad.* Se sitúa en los sectores corticales por delante de la cisura de Rolando. Cumple sus funciones al relacionarse con las estructuras de los dos bloques anteriores.

En los dos últimos bloques, las regiones corticales están jerarquizadas en áreas primarias, secundarias y terciarias (*ley de estructura jerárquica*), mientras que en el bloque segundo se cumple una *ley de especificidad decreciente*, de forma que en el tercer bloque, las áreas no tienen carácter sensorial.

La teoría de Luria permite estudiar y comprender la psicología de la normalidad y sirve de impulso para el diagnóstico y rehabilitación de personas con daño cerebral.

Entiende la neuropsicología como la encargada de detectar qué funciones están dañadas en el paciente, qué tipo de trastorno existe y qué zona funcional es la alterada.

Tras la evaluación se decide qué vías se emprenden para la reestructuración del sistema funcional y qué métodos son los apropiados para rehabilitar las funciones iniciales.

En su libro *Las funciones corticales superiores del hombre* (Luria, 1980) sienta las bases teóricas generales de la neuropsicología y la metodología para el análisis sindrómico de las funciones superiores.

En él establece la evaluación neuropsicológica, tal y como Luria la entiende y que será retomada por Christensen en 1978 en su ***Diagnóstico neuropsicológico de Luria***, batería neuropsicológica empleada en esta investigación.

- **Modelo de módulos de M. S. Gazzaniga.**

La teoría de los módulos de Gazzaniga (1989) sostiene que el estudio de las relaciones entre estructura y función en el cerebro humano, revela una alta especificidad en la información transmitida en los sistemas neurales.

También revela que el cerebro tiene una organización modular que consiste en procesos componentes identificables que participan en la generación de un estado cognitivo.

Los efectos de aislar sistemas modulares enteros o de desconectar las partes componentes pueden observarse. Así por ejemplo el hemisferio izquierdo está especializado en la capacidad de interpretar las acciones.

De acuerdo con Gazzaniga, el hemisferio izquierdo en su función de *intérprete*, tiene como funciones la de construir una sensación de realidad en el sujeto al elaborar hipótesis coherentes, generar un sentido de *uno mismo* y jugar un papel importante en el proceso de conciencia del sujeto.

Así pues, cada módulo tiene implicaciones directas que afectan a la conciencia humana (*consciousness*), aspecto que ya cita Niebauer (2004) al tratar el tema de la especialización hemisférica y la actualización de creencias del sujeto.

- **Modelo de Atención para la Acción de Norman y Shallice.**

El modelo que proponen Norman y Shallice (1980) se aplica a la comprensión de las funciones ejecutivas en la esquizofrenia, mediante una teoría que explica por igual tanto las ejecuciones correctas, como los errores sistemáticos del sujeto.

Este modelo se plantea explicar las diferencias entre procesamiento automático y controlado, mediante dos componentes implicados en los distintos niveles de control, necesarios para llevar a cabo varias secuencias de acción o pensamiento.

Por un lado, la *agenda de contenidos*, controla la ejecución de de actos rutinarios y habilidades sobreaprendidas, llamadas esquemas de acción, que son conjuntos de respuestas que se activan ante un estímulo ambiental específico.

Por otro, el *sistema supervisor*, es el encargado de planificar la resolución de problemas rutinarios, facilitando atención consciente para modular la ejecución y se activa cuando el componente anterior falla o el esquema no es viable, algo que conlleva a repetir un error.

Este sistema se activa ante cinco tipos de conductas o situaciones, en las que es imprescindible, ya que la *agenda* es inadecuada:

- Situaciones que involucren planificación o toma de decisiones.
- Situaciones que involucren corrección de errores.
- Situaciones donde la respuesta es nueva y no está bien aprendida.
- Situaciones juzgadas como difíciles y peligrosas.
- Situaciones que requieren sobreponerse a respuestas habituales.

Norman y Shallice explican los errores en base a que los procesos automatizados pueden prescindir del control consciente, algo que a menudo ocurre y hace que situaciones que son novedosas, sean tratadas como antiguas debido a alguna leve característica.

Así, algunos pacientes presentan un peor rendimiento en las pruebas ejecutivas, algo que según este modelo se debería a una alteración que se localiza en el sistema atencional de supervisión, un sistema especializado implicado en las tareas más novedosas y complejas.

En una revisión de Orellana, Slachevsky y Silva (2006) de cinco modelos neurocognitivos recientes de la esquizofrenia, a diferencia de las investigaciones psicológicas previas, éstos emplean pruebas neurocognitivas validadas en poblaciones con lesiones cerebrales y en estudios con técnicas de neuroimagen funcional.

Estas pruebas permiten hacer inferencias sobre sistemas neurales disfuncionales e identificar los déficits cognitivos centrales en la esquizofrenia. Ante la diversidad de

síntomas de la esquizofrenia, es fácil prever que son múltiples los procesos cognitivos y regiones cerebrales implicados en la formación de síntomas.

Así por ejemplo, en la esquizofrenia se ve afectada la percepción (alucinaciones), el pensamiento deductivo (ideas delirantes), la actividad motora (catatonía), la capacidad de iniciar y terminar una conducta (abulia), la capacidad de experimentar satisfacción emocional (anhedonia) o la fluidez del discurso (alogia).

Los siguientes modelos teóricos permiten explicar la diversidad de síntomas por la disfunción de uno o más mecanismos cognitivos:

- Modelo de **Lezak** (1995).

Según Lezak, las funciones ejecutivas dependen de un correcto funcionamiento del córtex prefrontal y estructuras relacionadas; es en esta zona cerebral donde en las últimas décadas se ha ido centrando las investigaciones sobre uno de los principales déficits cognitivos de la esquizofrenia.

Los déficits en funciones ejecutivas, atención y memoria, según Lezak están presentes desde el inicio de la esquizofrenia e incluso en el periodo premórbido, no serían progresivos y reflejan una **patología de la corteza prefrontal**, en concreto, sus conexiones con el lóbulo temporal medial, con estructuras subcorticales y con la corteza parietal.

En este modelo, los déficits cognitivos de la esquizofrenia son provocados por alteraciones en la conectividad de las redes neuronales córtico-subcortical o córtico-corticales, involucrando tanto a sistemas prefronto-talámico-estriatales, como a circuitos prefrontotemporales, sistemas prefronto-talámico-cerebelales o a los prefronto-parietales.

Estas conexiones defectuosas entre redes neurales explican los síntomas de la esquizofrenia y sus déficits cognitivos observados en neuroimágenes morfológicas y funcionales.

- Modelo de **Andreassen** (1997)

En este modelo se afirma que en estos trastornos de conectividad neuronal, son los del **circuito córtico-cerebelo-tálamo-cortical** en concreto los responsables del principal trastorno cognitivo de la esquizofrenia.

El cerebelo es una estructura básica en este circuito neuronal y en los pacientes con esquizofrenia se encuentra que aparece una disfunción caracterizada por una atrofia del vermis cerebeloso y una hipoperfusión del cerebelo.

La disfunción de este circuito, y específicamente del cerebelo, ha sido atribuida a un defecto del neurodesarrollo. La disfunción de este circuito daría cuenta del déficit cognitivo central en la esquizofrenia, la disimetría cognitiva.

La disimetría cognitiva es definida como una *"interrupción de la comunicación y coordinación fluida de los procesos cognitivos que permiten la normalidad de los procesos perceptivos, de las acciones y del pensamiento en general"*.

- Modelo de **Frith** (1995): ya descrito anteriormente.

- Modelo de **Goldman-Rakic** (1991).

Sostiene que el déficit fundamental en la esquizofrenia corresponde a un **trastorno de la memoria de trabajo** (capacidad de mantener información y representaciones mentales en línea y usarlas para guiar la conducta y realizar operaciones cognitivas), similar al de personas con lesiones en su corteza prefrontal.

Un defecto en esta capacidad permite explicar diversos síntomas de la esquizofrenia, como por ejemplo:

- dificultad de llevar a cabo mentalmente un plan discursivo y de supervisar el lenguaje expresivo, algo que conduce a un discurso desorganizado y a desórdenes del pensamiento.
- incapacidad para mantener un plan para la conducta, que puede conducir a la manifestación de síntomas negativos.
- déficit en poder precisar si una experiencia es externa o interna, que podría conducir a un sentido alterado de la experiencia sensorial y que se expresaría en delirios y/o alucinaciones.

- Modelo de **Cohen** (1999).

Este modelo considera como elemento central para entender la esquizofrenia el **concepto de contexto**, es decir, cualquier información relevante para una tarea, que es internamente representada de tal forma que influye en el procesamiento en las vías implicadas en la ejecución de una tarea (Braver, Barch y Cohen, 1999).

Las representaciones del contexto se mantienen en línea para influenciar el procesamiento de la información. El contexto es un componente de la memoria de trabajo y mantener activamente la información del contexto es crítico para el control cognitivo.

La dopamina ejerce una función de compuerta dentro de la corteza prefrontal, regulando el acceso de las representaciones del contexto a la memoria activa e interviniendo en el control cognitivo.

El déficit del comportamiento sufrido por los pacientes con esquizofrenia en una amplia gama de dominios cognitivos puede entenderse como un trastorno en el control cognitivo, secundariamente a una capacidad deteriorada para representar, mantener y actualizar la información del contexto.

Sostiene que en la esquizofrenia existe un ruido creciente en la actividad del sistema de la dopamina, conduciendo a una función de entrada anormal de la información dentro de la corteza prefrontal. Esta variabilidad creciente conduce a los disturbios en la actualización y en la mantención de la información del contexto dentro de la memoria de trabajo.

Los trastornos de la atención, de la memoria y de las funciones ejecutivas en la esquizofrenia serían secundarios a un deterioro en la representación interna y en el uso de información de contexto para ejercer control sobre el comportamiento.

En resumen, esta teoría postula que los diferentes trastornos de la esquizofrenia se explicarían por déficit en las interacciones entre el sistema del neurotransmisor de la dopamina y la corteza prefrontal.

En otra clasificación reciente de modelos cognitivos de la esquizofrenia de Lemos et al. (2006) se resalta que en las personas con esquizofrenia, los déficits cognitivos están íntimamente ligados a la manifestación de los síntomas psicóticos.

Los déficits en sí, revelan anomalías en el procesamiento consciente y automático de la información que proviene de los sentidos denominada *input sensorial*.

En sujetos sanos se produce una **inhibición de la información redundante**, es decir, dado que el sistema de procesamiento de la información es limitado, la información que es redundante como consecuencia de la experiencia repetida o de la práctica, es inhibida progresivamente y el sujeto no tiene conciencia sobre la misma, lo que permite gestionar eficazmente su atención.

Entre las numerosas teorías que asocian anomalías en la percepción presentes en la esquizofrenia con un debilitamiento de los procesos inhibitorios, algo necesario para la atención consciente, está las citadas en la siguiente tabla:

Tabla 6. Teorías del déficit del procesamiento automático de la esquizofrenia. Adaptado de Lemos et al. (2006)

Frith (1979)	El defecto cognitivo básico de la esquizofrenia radica en la toma de conciencia de procesos automáticos que normalmente se llevan a cabo por debajo del nivel de conciencia.
Posner (1982)	Alteración del <i>proceso general inhibitorio</i> que es esencial en la atención consciente, y que produce la intromisión en la conciencia de estímulos que normalmente no son percibidos (fenómeno de sobre-atención).
Maher (1983)	Refiere la existencia de un fallo en la focalización de la atención en respuesta a la redundancia del estímulo.
Magaro (1984)	Los pacientes con esquizofrenia no mantienen una fuerte organización conceptual o estrategia de procesamiento serial, ni organizan los estímulos extensivamente, relacionándolos con otros.
Nuechterlein y Dawson (1984)	Supuesta reducción de la capacidad de procesamiento, debido al empleo de dicha capacidad a atender a estímulos irrelevantes.
Venables (1984)	Refiere la existencia de un fallo en el procesamiento automático, de modo que las actividades tienen que procesarse al nivel consciente, controlado y secuencial.
Ancombe (1987)	Las percepciones no son ubicadas en el contexto del trasfondo del conocimiento.
Frith y Done (1988)	Alteración de la programación motora (<i>output</i>) y de la conciencia o <i>monitorización</i> de las propias intenciones, acciones, pensamientos y lenguaje interno.
Goldman-Rakic (1991)	Alteración o pérdida de capacidad en la memoria operativa, cuya consecuencia es un déficit en la regulación de la conducta mediante esquemas internos, representaciones simbólicas e ideas.
Cohen y Servan-Schreiber (1992)	Una alteración de la representación interna de la información contextual.
Hemsley (1994)	Los síntomas positivos se atribuyen a un debilitamiento de la influencia de los recuerdos de la experiencia pasada (<i>input</i> previo) sobre la percepción presente, lo que da lugar a percepciones ambiguas y no estructuradas. Los síntomas negativos son explicados como el resultado de estrategias adaptativas aprendidas de protección ante el estado de sobrecarga de información.
Van den Bosh (1995)	El procesamiento holístico y en paralelo, que caracteriza a las personas normales, es reemplazado por procesos analíticos y secuenciales, atribuyendo la sintomatología esquizofrénica a una deficiencia en la formación de esquemas perceptivos.
Silverstein y Schenkel (1997)	La reducción de influencias contextuales en funciones como la memoria, la atención y el procesamiento del lenguaje.

Para otros autores, se concede más importancia a otros procesos básicos implicados en el procesamiento de la información sensorial, como la atención sostenida y la vigilancia, la formación de conceptos y el pensamiento abstracto y la memoria episódica.

Estos aspectos permiten realizar una adecuada **interpretación del contexto** en el que los estímulos son presentados. La importancia de la comprensión del contexto supone que a partir de la experiencia pasada, presente en la memoria operativa, el sujeto decide cuál es la respuesta más adecuada para cada situación.

Al tener una representación mental del contexto, el sujeto reduce las demandas de procesamiento de la información al no tener que atender a estímulos temporales o espaciales que son redundantes o poco significativos.

Cada vez más se identifica como déficit cognitivo característico de la esquizofrenia la dificultad en las funciones ejecutivas para el procesamiento de contextos, algo que ha sido incluso encontrado en personas con características de riesgo para la esquizofrenia y en individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Avalando las tesis anteriores de déficits en el sistema de procesamiento de la información, estudios neuropatológicos y técnicas de neuroimagen han detectado anomalías en varios ejes de las cortezas frontal y temporal, así como en el circuito cortico-estriado-palido-talámico, que controla la modulación del procesamiento y del filtrado de la información.

Tanto las personas con diagnóstico de esquizofrenia como personas de los dos grupos afines citados anteriormente (familiares de primer grado y personas con rasgos esquizotípicos), muestran déficits cognitivos en **investigaciones psicofisiológicas** que requieren poco esfuerzo cognitivo.

Así por ejemplo, desde diferentes paradigmas fisiológicos empleados, se obtienen los siguientes resultados sobre déficits cognitivos:

Tabla 7. Defectos cognitivos de la esquizofrenia encontrados en los principales paradigmas psicofisiológicos. Adaptado de Lemos et al. (2006)

Paradigma psicofisiológico empleado	Conclusiones
Inhibición Prepulso (PPI)	La inhibición del prepulso se considera un índice normal de la función filtradora y, en muchos pacientes con esquizofrenia, resulta disminuida cuando el prepulso precede al estímulo sorpresivo entre 60 y 120 ms.
Potenciales Evocados P50	Los pacientes con esquizofrenia, pacientes en fase maniaca y algunos familiares de pacientes con esquizofrenia presentan un descenso en la inhibición, aspecto que tiene lugar a nivel del hipocampo y de los lóbulos temporales.
Potenciales Evocados P300	Los pacientes con esquizofrenia muestran respuestas P300 disminuidas ante estímulos novedosos, reflejo de deterioro de los recursos de procesamiento de los estímulos relevantes y de la anormal distribución de los recursos atencionales a estímulos irrelevantes
Mismatch Negativity (MMN)	En la esquizofrenia se ha encontrado una reducción de las ondas negativas a los 100 ms (N100) de la presentación del estímulo, y este déficit guarda una compleja relación con el deterioro de la memoria sensorial acústica y con la memoria operativa.
Inhibición Latente (IL)	Se muestra distorsionada en pacientes con brotes de esquizofrenia aguda pero no en pacientes crónicos.

En otros paradigmas psicofisiológicos se siguen observando disfunciones significativas, como las óculo-motoras: seguir un estímulo en movimiento (empleando la técnica del *smooth pursuit eye movement* ó SPEM) o en tareas anti-sacádicas (mirar en dirección opuesta y con la misma distancia del punto central de una pantalla, cuando se presentan diferentes estímulos).

En los déficits en la habituación a estímulos detectados mediante medidas psicofisiológicas de alarma, se encuentra que en las personas con esquizofrenia no se produce un descenso en la magnitud de la respuesta de orientación de la conductancia de la piel ante estímulos que se presentan de forma repetida.

Esto es algo que apoya la teoría de la existencia de deterioro en el filtrado y en la habituación a estímulos.

Para finalizar, mediante estudios neuropatológicos por **técnicas de neuroimagen** se han encontrado anomalías en varios ejes de las cortezas frontal y temporal, así como en el circuito cortico-estriado-palido-talámico, que controla la modulación del procesamiento y del filtrado de la información.

Podemos afirmar entonces que la esquizofrenia no es un trastorno unitario en sus manifestaciones clínicas, sino multiforme.

Esta conclusión ha sido respaldada por Heinrichs (2004) quien realiza un metaanálisis de las alteraciones neuropsicológicas observadas en la esquizofrenia y describe las características de los déficits encontrados, agrupando a los pacientes en cuatro subgrupos:

- Los caracterizados por problemas de atención y vigilancia.
- Los que tienen fundamentalmente problemas mnésicos, independientes de problemas atencionales.
- Los que tienen alteraciones ejecutivas.
- Los que tienen problemas en tareas de seguimiento ocular y en otras que requieran una respuesta rápida y eficaz.

Para centrar el tema de las disfunciones cognitivas de la esquizofrenia, en lo que podría definirse como **alteración cognitiva básica**, es importante presentar los modelos propuestos por dos autores, que convergen en un modelo conjunto denominado **modelo de Hemsley-Gray**.

Siguiendo con la línea comentada anteriormente que identificaba la dificultad para la representación mental del contexto, como alteración cognitiva de la esquizofrenia, **Hemsley** (1987, 2005, 2008) reitera en su modelo la importancia de este déficit para la conducta adaptativa.

Sostiene que un aspecto característico de la esquizofrenia es de naturaleza cognitiva y consiste en un debilitamiento de la influencia que ejercen los recuerdos almacenados de experiencias pasadas en la percepción de la actualidad.

Según Hemsley, el fallo central de la esquizofrenia estaría en la ausencia de integración entre el input sensorial presente y el material almacenado en la memoria, contextualmente apropiado. La importancia del contexto se valora cuando se necesita mantener información durante algún tiempo y utilizar dicha información para inhibir una respuesta habitual.

Los sujetos con esquizofrenia tendrían dañada la capacidad para hacer una evaluación rápida y automática del significado (o falta de significado) de las características del input sensorial y de sus implicaciones para la acción.

Así el modelo de Hemsley relaciona un conjunto de síntomas de la esquizofrenia y explica cómo dos procesos cognitivos alterados (memoria operativa y procesamiento inhibitorio) reflejan el funcionamiento de un mecanismo subyacente, descrito por el autor como módulo del contexto.

Cuando se presenta una situación de competencia entre respuestas para ejecutar una tarea, el módulo del contexto debe ejercer una función inhibitoria, seleccionando sólo la conducta más adecuada; en cambio, cuando existe una demora entre la presentación de un estímulo relevante y la emisión de una respuesta, el módulo del contexto juega el papel de memoria operativa.

El modelo de Hemsley guarda relación con otro modelo que propone **Gray** para explicar el origen de la ansiedad y que más tarde aplica a la esquizofrenia (Gray, Feldon, Rawlins, Hemsley y Smith, 1991).

Gray en su **modelo de ansiedad** sostiene que las respuestas de ansiedad son el resultado de un proceso cognitivo consciente o automático, en el que un supuesto comparador combina el estado presente del mundo percibido por el sujeto, con el estado esperado.

La predicción se basa en tres clases de información: la de la actividad que la persona realiza, la de experiencias similares pasadas y la almacenada sobre conductas ya emitidas.

Con esta información se podrían formular predicciones sobre lo esperado y compararla con la situación presente. En caso de desajuste, se interrumpe el programa motor y se dirige la atención a nuevos estímulos.

Posteriormente a su modelo se sugiere la existencia de una alteración en la representación interna de la información contextual o de un déficit en el razonamiento contextual para explicar sintomatología psicótica, como las experiencias inusuales, así como su relación con un cambio en la forma en que la representación contextual afecta al procesamiento de la información.

Los propios Hemsley y Gray demuestran que existe una reducción de la inhibición latente durante los episodios agudos de psicosis, que permite que los pacientes rindan ligeramente mejor que las personas normales en la condición de pre-exposición (Baruch, Hemsley y Gray, 1988).

Así, la ausencia de inhibición latente se considera un fallo en el filtrado de información irrelevante, de forma que estaría en el origen de los síntomas positivos de la esquizofrenia y tiene gran relevancia dentro del modelo explicativo de dicha sintomatología.

En el modelo conjunto de Hemsley y Gray se concede una extrema importancia al hipocampo y estructuras relacionadas, ya que son básicas en las interacciones contextuales que dependen de las experiencias pasadas y que se distribuyen por todas las áreas sensoriales y perceptivas del córtex.

Por ello, las lesiones en el hipocampo interfieren el aprendizaje inhibitorio de señales tanto explícitas como contextuales.

A pesar de ello, influencias desde niveles corticales jerárquicamente superiores proporcionan una guía contextual a los niveles inferiores de procesamiento. Así, se cree que el circuito crucial para el desarrollo de los síntomas esquizofrénicos incluye regiones frontales y temporales, cada una de las cuales juega un papel en las diferentes operaciones del contexto.

Dentro de su modelo conjunto, se da explicación a síntomas psicóticos característicos como delirios, desorganización, alucinaciones, pérdida del sentido de identidad personal y los propios síntomas negativos.

Por ejemplo, Garety y Hemsley (1994) presentan un modelo de la formación de delirios, cuya manifestación se caracteriza por una asociación anormal entre estímulos que coinciden en el tiempo o en el espacio.

En su modelo, una imprecisión o debilitamiento del contexto perceptivo, hace que la atención se centre en detalles no relevantes del ambiente que normalmente no llegan a la conciencia. El hecho de registrarlos induce a la búsqueda de explicación sobre su ocurrencia, algo que acaba tomando formando el delirio.

Normalmente, buscamos explicaciones causales a lo que ocurre a nuestro alrededor para darle sentido; esto ocurre especialmente cuando las percepciones actuales entran en contradicción con las regularidades pasadas, es decir, con lo esperado.

En las personas con esquizofrenia, la intromisión de material redundante en la conciencia influye en la evaluación de la coincidencia de los sucesos, de forma que el esquizofrénico con delirios acaba concluyendo relaciones causales erróneas a partir de una única coincidencia.

En el delirio, un fallo en el contexto temporal o espacial activa marcos erróneos que guían el procesamiento posterior.

La experiencia pasada crea un amplio repertorio de esquemas o marcos que pueden utilizarse para interpretar cualquier nueva experiencia. El fallo en este sistema, en el que se aplican marcos inadecuados al input sensorial, se postula como el origen de las ideas delirantes.

Posteriormente Gray presenta un **modelo neuropsicológico de la esquizofrenia**, que explica la naturaleza de los síntomas positivos e integra varios niveles, de ahí que se conozca como modelo integrador (Gray et al., 1991).

Los niveles que llega a poner en relación para explicar los procesos cognitivos afectados en la esquizofrenia son los referidos a aspectos neuroanatómicos, neuroquímicos, procesos cognitivos y por último, síntomas de las psicosis.

Así, existe una anormalidad estructural en el cerebro anterior de las personas con esquizofrenia que afecta a hipocampo, amígdala y neocórtex frontal y temporal (nivel neuroanatómico).

Esta anormalidad provoca a su vez una hiperactividad en la vía ascendente mesolímbica dopaminérgica (nivel neuroquímico), que afecta al proceso cognitivo de integración de regularidades del pasado en el reconocimiento y aprendizaje de estímulos actuales (nivel cognitivo).

Por último, ésta disfunción cognitiva provoca los característicos síntomas positivos de las psicosis agudas.

Así, en este modelo, entre sus cuatro niveles se produce una relación causa-efecto (de ahí su nombre de integrador), tal y como se reproduce a continuación:

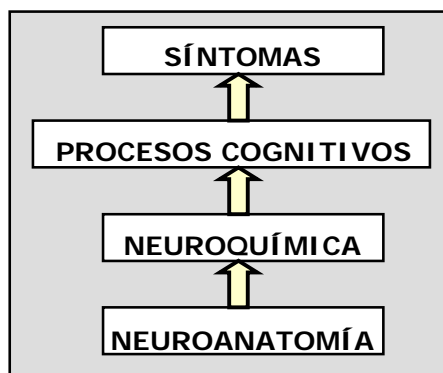


Figura 7: Modelo neuropsicológico de la esquizofrenia (Gray et al., 1991)

Como apunte final y coincidiendo con el paradigma del modelo dimensional de los síntomas psicóticos, Lemos et al. (2006) afirman que los síntomas positivos no son exclusivos de la psicosis esquizofrénica y correlacionan incluso más con el aumento de riesgo de trastorno afectivo grave.

Autores como Verdoux et al. (1999) ya corroboraron anteriormente esta conclusión, al afirmar que los síntomas positivos deben entenderse como un simple marcador no específico de alteración psicológica, siendo las percepciones inusuales y las creencias extrañas una especie de equivalente psíquico a la fiebre en las enfermedades infecciosas, que muestra poca especificidad diagnóstica.

Las creencias extrañas corresponden a los síntomas que esta tesis denominamos como **ideación mágica**, que si bien revisten un pobre poder diagnóstico, como refieren Verdoux et al., sí puede tener un importante poder predictor de psicosis.

3. 3. LIMITACIONES METODOLÓGICAS

A la hora de realizar estudios de tipo cognitivo con sujetos diagnosticados de esquizofrenia, basándonos en Belloch et al. (2008), deben tenerse en cuenta las **limitaciones metodológicas** a las que se refiere Hemsley y que están presentes en cualquier investigación con este tipo de muestra:

- Efectos de la medicación antipsicótica. La casi totalidad de la muestra clínica en investigación psiquiátrica está en el momento de su evaluación, bajo el efecto de al menos un tipo de medicación, que busca contrarrestar síntomas psiquiátricos activos.

En muestras de población psicótica, es prácticamente inevitable que su tratamiento farmacológico incluya algún antipsicótico o neuroléptico (o incluso la acción combinada de más de uno).

Dada la heterogeneidad de los síntomas que pueden aparecer dentro del espectro psicótico, es frecuente que el tratamiento incluya algún tipo de ansiolítico, antidepresivo, hipnótico, estabilizador del estado de ánimo y corrector de efectos secundarios extrapiramidales asociados a la administración del neuroléptico.

Tanto una buena adherencia al tratamiento prescrito, como su abandono parcial o total, o bien otras variables, como consumo de sustancias psicoactivas, influyen en los resultados tanto de pruebas de tipo cognitivo como de tipo psicológico en general.

- Estadio del trastorno. En la esquizofrenia es frecuente la variabilidad en las capacidades cognitivas y clínicas del sujeto evaluado, según el estadio o fase de su enfermedad.

Así, en el estado de compensación sus capacidades están a un nivel óptimo pese a seguir correctamente el tratamiento, mientras que en las fases de descompensación, tanto la fase prodrómica (previa a la crisis) como puntualmente la de crisis, pueden dar una valoración diferente del sujeto, en la que infuya su estado de síntomas activos e incluso el abandono parcial o total de medicación.

- Grupos control. Para poder hablar de alguna peculiaridad o extraer alguna conclusión o hallazgo de la esquizofrenia, es necesario comparar el grupo de esquizofrenia con otro grupo de control psiquiátrico, ya que compararlo con un grupo de sujetos sin patología, no permite extraer estas conclusiones asociadas a la esquizofrenia.

En esta investigación se cuenta con los tres grupos de muestra: sin enfermedad mental, psicóticos y no psicóticos.

- Heterogeneidad de la esquizofrenia. En la esquizofrenia, la variabilidad de síntomas es manifiesta y por ello, pese a establecerse unos criterios diagnósticos claros, pacientes con el mismo diagnóstico pueden presentar una gran variedad en sus características.

De hecho no hay ningún síntoma que sea característico ni exclusivo del diagnóstico de esquizofrenia.

Añadidas a estas dificultades metodológicas, a la hora de especificar los déficits cognitivos de los esquizofrénicos, en lo que a procesamiento de la información se refiere, encontramos según Hemsley (2008) que:

- No existe un modelo consensuado de funcionamiento cognitivo normal. Es decir, existen distintos modelos, con diferentes enfoques teóricos, que no permiten a menudo sacar conclusiones más generales del funcionamiento cognitivo, más allá de las tareas cognitivas sobre las que se ha investigado.

- Los esquizofrénicos tienden a mostrar una pobre ejecución en la mayoría de tareas cognitivas, lo que a menudo no permite encontrar déficits cognitivos diferenciales.

3. 4. FALLOS COGNITIVOS

Anteriormente se ha tratado aspectos genéricos como el déficit cognitivo en la esquizofrenia (apartado 3.1.) o los modelos del déficit cognitivo en la esquizofrenia (apartado 3.2.).

Al hablar de fallos cognitivos en el contexto de esta investigación, se hace referencia a la evaluación que se realiza con la muestra mediante el Cuestionario de Fallos Cognitivos (*Cognitive Failures Questionnaire, CFQ*), descrito en el punto número 5 del apartado 6.2.1 Descripción de cada instrumento.

El concepto de fallo cognitivo es el de error de base cognitiva que ocurre durante la ejecución de una tarea, que la persona realiza normalmente con éxito (Wallace y Chen, 2005).

El fallo cognitivo abarca tres tipos de errores de ejecución:

- de atención, como los fallos perceptivos.
- de memoria o fallos sobre información recuperada.
- motores, es decir, ejecución de acciones no intencionadas.

Lo común a los tres tipos es según Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (1982) que a partir de una operación cognitiva funcional, se llega a un resultado no intencionado debido a varios errores durante la ejecución.

Se ha sugerido que los sujetos con una marcada tendencia a cometer fallos cognitivos presentan un rígido foco atencional que crea un estilo cognitivo inflexible, similar a lo que ocurre en las habilidades motivacionales, cuando los sujetos deben regular su conducta para esforzarse el lograr sus objetivos.

Kanfer y Ackerman son dos autores que han estudiado los factores implicados en los fallos cognitivos y sostienen que hay dos grupos de habilidades de autorregulación: las de control de emociones y las de control de motivación.

Mientras las habilidades de control de las emociones facilitan la actuación mediante la inhibición de estados emocionales que puedan dificultar la acción, las habilidades de control de motivación sirven para fortalecer las tareas que impliquen atención.

Así las personas con tendencia a cometer fallos cognitivos tendrían pobres habilidades de autorregulación, algo que ocurre debido a la interferencia cognitiva ante la presencia de estímulos, incluso aunque la tarea haya sido automatizada (Kanfer y Ackerman, 1996).

El *Cuestionario de Fallos Cognitivos* elaborado por Broadbent et al. (1982), es citado en dos estudios sobre dimensiones de la memoria diaria en adultos por Pollina, Greene, Tunick y Puckett (1992, 1993).

El CFQ se centra en evaluar ciertos aspectos deficitarios de la memoria y la atención de la muestra, que se manifiestan en forma de fallos cognitivos relativos a percepción, memoria y función motora.

En concreto evalúa cinco dimensiones, como son Factor lingüístico, Atención mal dirigida, Inteligencia interpersonal, Distraibilidad y Atención espacial.

Como fallos cognitivos se entienden pensamientos o conductas que nada tienen que ver con la tarea concreta que está desempeñando el sujeto dentro de su trabajo y que no son intencionadas.

Para ello, el cuestionario pregunta por la frecuencia con la que aparecen fallos o despistes cotidianos relacionados con la memoria, mediante ítems como *¿Se olvida usted en dónde ha puesto algo, como un periódico o un libro?* (ítem 18), *¿Encuentra usted que se olvida de lo que vino a comprar a las tiendas?* (ítem 25) o *¿Encuentra usted que olvida nombres de personas?* (ítem 27).

La investigación posterior sobre el CFQ ha apoyado su estructura factorial de forma que sus ítems permiten evaluar factores de atención, memoria y funciones motoras (Wallace, 2004), aunque las dimensiones de fallos cognitivos mantenían entre sí una alta correlación (media $r = .71$).

Los fallos cognitivos se han asociado por ejemplo con factores como multitarea, preocupación y aburrimiento, que pueden afectar a la regulación del control o a determinadas consecuencias de la conducta como accidentes de automóvil, accidentes industriales y actuación en tareas de vigilancia.

En la relación existente entre fallos cognitivos, referidos al entorno laboral y los rasgos de personalidad del *Big Five*, vemos cómo las principales correlaciones se centran en los rasgos de responsabilidad (*conscientiousness*) y neuroticismo (*neuroticism*), de forma que ambos permiten predecir el desempeño laboral, según Hough y Schneider (1996).

Dentro del ámbito laboral, por ejemplo, el trabajador olvida ocasionalmente una labor importante relacionada con las normas o procedimientos, deja de prestar atención a peticiones de compañeros o clientes o se deshace involuntariamente de documentos valiosos.

En el mejor de los casos, estos fallos restan eficacia al trabajo pero en el peor, pueden provocar accidentes con graves daños personales y/o materiales.

Por un lado, se esperaba que los fallos cognitivos en el medio laboral tengan una relación negativa con responsabilidad, dado que este rasgo se caracteriza por la organización, la planificación y la fiabilidad, y los sujetos que puntúan alto en este rasgo permanecen más atentos en las tareas propias de su trabajo y cometen menos fallos.

Por el contrario, se espera a priori también que la relación sea positiva con neuroticismo, ya que los sujetos que cometen más fallos tienen tendencia a experimentar estrés, temor y aversión, por lo que le llevan a un mayor riesgo de cometer conductas no deseadas.

Estas dos expectativas son congruentes con la aportación de Kanfer y Heggested (1997), quienes defienden que tanto la realización como la tendencia hacia la ansiedad (representadas por los rasgos de responsabilidad y neuroticismo), son las que mejor predicen la autorregulación del sujeto y por lo tanto la conducta exitosa, antes que considerar a los fallos cognitivos como rasgo.

En el estudio de Wallace y Chen (2005) se emplea el *Workplace Cognitive Failure Scale* (WCFS), cuestionario de 22 ítems que se responden de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo).

Entre los resultados obtenidos encuentran, como se esperaba, que el fallo cognitivo asociado al mundo laboral correlaciona positivamente con neuroticismo ($r=.38$) así como con otras variables evaluadas como conducta insegura ($r=.49$), sobrecarga de trabajo ($r=.37$) o microaccidentes ($r=.24$).

Para cumplir las expectativas, la correlación de forma negativa se encuentra con responsabilidad ($r=-.39$), conductas de la tarea ($r=-.15$) o actuación conforme a la seguridad ($r=-.18$).

Encuentran además que su nueva escala WCFS apoya el concepto de fallo cognitivo propuesto por Broadbent et al. (1982), entendido como constructo formado por fallos de memoria, atención y acción.

Estos tres factores actúan de forma independiente, de forma que por ejemplo, mientras un trabajador aprende una tarea, sus fallos son más atribuibles a fallos de memoria pero cuando llega a automatizarla, es más fácil que los fallos se deban a problemas atencionales o de ejecución.

Apuntan por último, la integración del constructo de los fallos cognitivos en el medio de trabajo, dentro de la teoría de la autorregulación descrita anteriormente por Kanfer y Ackerman (1996) y Kanfer y Heggsted (1997).

Según esta teoría de la autorregulación, ésta consiste en una asignación del esfuerzo del sujeto, tanto el *propio* de la tarea como el *ajeno* a la misma. El esfuerzo propio de la tarea (*on-task effort*) consiste en realizar conductas que aumente el logro de objetivos y el éxito de la tarea, como estrategias de planificación y ejecución de la tarea.

Por otro lado, el esfuerzo ajeno a la tarea (*off-task effort*) consiste en la asignación de sentimientos de ansiedad y pensamientos irrelevantes, de forma que ambos dificultan el desempeño con éxito para dicha tarea.

De acuerdo a la integración de los fallos cognitivos dentro de la autorregulación, los fallos cognitivos en el medio laboral deben considerarse claramente como conductas y pensamientos *ajenos a la tarea*, por lo que tienen una correlación negativa con la *conducta propia de la tarea*.

La investigación sobre el fallo cognitivo ha tenido tradicionalmente una serie de limitaciones metodológicas:

1. ha sido tratado por lo general casi como un rasgo diferente para cada sujeto, a la vez que se aplica a una amplia variedad de contextos.
2. las investigaciones se basan mayoritariamente en autoevaluaciones que hace el propio sujeto sobre sus fallos cognitivos, algo que puede tender a exagerar la frecuencia de los mismos.

Por último, reseñar la importancia del estudio de los fallos cognitivos y su trascendencia al ámbito de la seguridad en las organizaciones empresariales, algo que se aprecia a la luz de datos como los que revela el Consejo de Seguridad Nacional de Estados Unidos.

Este organismo estima que en 1999 se produjeron 4 millones de accidentes en el ámbito laboral con resultado de discapacidad y que estos accidentes costaron a la economía estadounidense un total de 120 billones de dólares.

3. 5. RUMIACIÓN: ENTRE LA COGNICIÓN Y LA PERSONALIDAD

En psicopatología, por rumiación se entiende la *preocupación constante por temas desagradables y relacionados con la situación actual de la persona*. Por otro lado, suele asociarse de forma genérica a los pensamientos obsesivos, característicos de los trastornos obsesivo-compulsivos.

En el contexto de esta investigación, el término "*rumiación*" hace referencia a un estilo metacognitivo característico en la forma de elaborar la autoconciencia del sujeto o "*self-consciousness*" y los sujetos en los que está más firmemente presente, tienen dificultad para poder poner fin a la sucesión de pensamientos referidos a sí mismos.

Según Morin (2002) la **autoconciencia** (ó *self-consciousness*) representa una forma más alta de la conciencia, que hace posible para los humanos ser el objeto de la propia atención y reconocer su propia existencia.

En el estudio de variaciones de autoconciencia se han estudiado técnicas de imagen cerebral, otras desde la psicología experimental como situar frente al espejo niños para valorar si se reconocen y por supuesto desde la psicología de la personalidad, interesada en la medida de diferencias individuales.

Dentro de esta última línea, Feningstein, Scheier y Buss (1975) desarrollan una escala, la **Self-Consciousness Scale (SCS)**, para medir variaciones en autoconciencia mediante ítems como "*reflexiono mucho sobre mí mismo*", "*estoy constantemente examinando mis motivos*" o "*estoy preocupado sobre mi forma de hacer las cosas*".

Se sabe que las diferencias en autoconciencia afectan a nuestra conducta, de forma que aquellos sujetos con alta autoconciencia, se conocen mejor a sí mismos, se autorregulan de forma más eficaz (algo necesario para la supervisión y modificación de la conducta), sienten emociones con más intensidad, se comportan de forma consistente con sus actitudes, ceden menos y son más firmes ante la presión y/o el rechazo social y son más reveladores de sus aspectos personales en las relaciones íntimas.

El SCS se centra en la evaluación de la autoconciencia, concepto en el que los autores identifican inicialmente tres factores diferentes que explican el 43 % de la varianza y que denominan autoconciencia privada, autoconciencia pública y ansiedad social.

El componente **público** de la autoconciencia afecta a la formación del *sí mismo* en un contexto social, mientras que el componente **privado** afecta a los pensamientos y reflexiones que a persona tiene de sí misma.

En la versión de 1975, los autores encuentran una fiabilidad test-retest de .79 para el primer factor, .84 para el segundo y .73 para el último. Autoconciencia pública (*Public Self-Consciousness* ó PubSC) correlaciona moderadamente con los otros dos factores, mientras que la correlación entre Autoconciencia privada (*Private Self-Consciousness* ó PrivSC) y Ansiedad social es casi nula.

De acuerdo al anunciado de este apartado "*Rumiación: entre la cognición y la personalidad*" vemos que en estudios posteriores, como el de Realo y Allik (1998), se refrenda la estructura del concepto de autoconciencia en tres factores del *Self-Consciousness Scale* (SCS).

Se llega a relacionar mediante análisis factorial, una escala adaptada de la SCS al inventario de personalidad *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) de Costa Y McRae (1985), que representa a los cinco factores de personalidad.

En este estudio se concluye que los tres factores de la SCS correlacionan con fuerza con tres factores de la NEO-PI: Ansiedad Social con E –Extraversión- ($r=-.77$), Autoconciencia pública con N -Neuroticismo- ($r=-.40$) y Autoconciencia privada con Apertura –O- ($r=.34$). De esta forma, concluyen que los tres factores del SCS pueden interpretarse en términos de las tres dimensiones de personalidad del modelo *Big Five* (Realo y Allik, 1998).

Tanto Fenigstein et al. (1975) con el SCS, como posteriormente Scheier y Carver (1985) con su revisión, denominada *Self-Consciousness Scale-Revised* (SCSR), establecen las dos escalas preferidas para medir el constructo de autoconciencia privada, entendida como *tendencia disposicional para concentrarse en la experiencia interior (pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas)*.

Según Harrington y Loffredo (2007), la autoconciencia privada evaluada con el SCS no se entiende como constructo unidimensional sino que consta de dos factores denominados Autorreflexión (*Self-Reflectiveness*) y Estado interno de conciencia (*Internal State Awareness*).

Por un lado, el primer factor **Autorreflexión** (*Self-Reflectiveness* ó **SR**), se refiere a la tendencia de la persona de pensar mucho sobre sí misma y constantemente sobre las motivaciones que tiene para sus acciones.

Sostienen que puntuaciones altas en este factor se asocian a ligeras tendencias psicopatológicas como una excesiva rumiación, alto rasgo de ansiedad y depresión y baja autoestima, así como alto nivel de culpabilidad, aficción y ansiedad social.

Por otro lado, cuando se dan puntuaciones altas en el segundo factor **Estado interno de conciencia** (*Internal State Awareness* ó **ISA**), los mismos estudios detectan una relación inversa para las mismas variables psicopatológicas, por lo que se considera un factor que mide la conciencia general sobre los pensamientos propios, así como la capacidad que tiene cada persona para conocer cómo funciona su mente.

Creed y Funder (1998) llegan a correlacionar estos dos factores cognitivos con dos de los factores de personalidad de la *Big Five* de Costa y McRae (1985).

Se comprueba cómo Autorreflexión (SR) correlaciona positivamente con neuroticismo y negativamente con extraversión y responsabilidad, mientras Estado interno de conciencia (ISA) correlaciona de forma positiva con responsabilidad, pero en cambio no tiene ninguna relación con neuroticismo.

Autorreflexión y Estado interno de conciencia han creado opiniones contradictorias sobre si deben considerarse dos factores con entidad propia dentro de la Autoconciencia privada.

Mientras algunos autores no ven justificada esta separación, otros por el contrario, como como Anderson, Bohon y Berrigan (1996) defienden la existencia de estos dos factores.

Encuentran que Autorreflexión (SR) correlaciona positivamente con ansiedad y depresión y negativamente con Estado interno de conciencia (ISA), mientras que autoestima correlaciona negativamente con Autorreflexión (SR) y positivamente con Estado interno de conciencia (ISA).

Concluyen que los factores de la autoconciencia privada ayudan a la comprensión teórica de los diferentes tipos de autoconciencia, desde el momento que Autorreflexión (SR) se relaciona con la psicopatología y Estado interno de conciencia (ISA) con la salud mental.

Entre las críticas hechas a la escala realizada para evaluar la autoconciencia privada (PrSC) están las de tipo psicométrico (escaso número de ítems para cada factor), por lo que otros autores realizaron escalas posteriores con mayor calidad psicométrica para medir constructos similares.

Así surgen dos escalas posteriormente:

- *Rumiation and Reflection Questionnaire (RRQ)* de 24 ítems de Trapnell y Campbell (1999)
- *Self-Reflection and Insight Scale (SRIS)* de 20 ítems de Grant, Franklin y Langford (2002).

Respecto a la segunda y más reciente escala, la ***Self-Reflection and Insight Scale (SRIS)*** es la más próxima a la original PrSC y desarrolla dos factores a partir de sus correspondientes escalas: la SRIS-Autoreflexión (SRIS-SR) y la SRIS-Insight (SRIS-IN).

Harrington y Loffredo (2007) encuentran que la SRIS-SR correlaciona de forma significativa y positiva con medidas de ansiedad y estrés, pero no depresión (contrariamente a lo esperado a la relación depresión-autoconciencia privada). La SRIS-IN correlaciona como se esperaba, de forma negativa con medidas de ansiedad, estrés y depresión. La correlación entre SRIS-SR y PrSC es de .59 mientras que la de SRIS-IN con PrSC es de -.26.

Con todo ello, resuelven que es difícil determinar si la SRIS mide los mismos constructos que la PrSC, a la vista de la nula correlación de la nueva escala SRIS-SR con depresión.

La primera escala citada anteriormente, la ***Rumiation and Reflection Questionnaire (RRQ)*** de Trapnell y Campbell (1999) ha sido empleada en esta investigación (ver punto 4 del apartado 6.2.1 Descripción de cada instrumento).

Este cuestionario evalúa dos factores independientes de la autoconciencia como son reflexión y rumiación, de forma análoga a como se hace luego desde la SRIS con autorreflexión e insight. Respecto a la SRIS la RRQ encuentra incluso para cada factor un coeficiente alfa similar: el RRQ-Reflexión es de .91 y el de RRQ-Rumiación de .90, mientras que el de SRIS-Autoreflexión es de .91 y el de SRIS-Insight de .87.

Pese a la alta calidad psicométrica de los dos instrumentos, parece que ambos miden constructos ligeramente diferentes a los que mide el SCS original (SR y ISA) con los ítems del PrSC.

Así lo apuntan Trapnell y Campbell al decir que la distinción que hacen rumiación y reflexión no es exactamente la misma que hacen SR e ISA, es decir que no hay escala equivalente al PrSC-ISA en el RRQ.

La escala de RRQ-Reflexión se plantea, según los autores, para medir un *deseo filosófico de explorar el yo interior*, mientras que la escala RRQ-Rumiación lo hace con la *tendencia general del sujeto para evaluar repetidamente y recrearse en acciones del pasado referidas a sí mismo*.

Las investigaciones posteriores sobre el concepto mismo de autoconciencia por Trapnell y Campbell (1999) revelan inconsistencias como la denominada "*paradoja de autoabsorción*": se sabe que la autoconciencia privada tiene relación con un mayor autoconocimiento y con el sufrimiento de tipo psicológico (*distress* ó angustia), mientras que por otro lado, a mayor autoconocimiento mayor grado salud mental.

Trapnell y Campbell sugieren que en la autoconciencia privada podrían mezclarse, de forma que no se podrían diferenciar entre sí, dos disposiciones diferentes: la de aquellos que "rumian" pensamientos sobre sí mismos de forma neurótica y otra que caracteriza a quienes muestran cierta curiosidad filosófica o epistemológica.

Según estos autores, la autoconciencia privada correlaciona por igual con *Neuroticismo* y *Apertura a la experiencia*, dos dimensiones de personalidad que pertenecen al modelo de cinco factores de personalidad y que por otra parte, son independientes entre sí.

Ante esta falta de unidad en el concepto de autoconciencia, Paul Trapnell y Jennifer Campbell replantean el estudio de un constructo tan complejo, en el que en principio, parece evidente que cada sujeto tiende a analizarse a sí mismo de forma diferente.

Por ello retoman en 1999 el anterior SCS y realizan un análisis estadístico, llegando a la conclusión que la autoconciencia no representa un constructo unitario sino que se compone de autorumiación y autorreflexión, teniendo presente que cada introspección puede conducir a diferentes resultados cognitivos y de conducta.

Encuentran en el SCS que la mayoría de los ítems son motivacionalmente ambiguos y como principal conclusión encuentran que la autoconciencia no es un constructo unitario.

En el supuesto de que fuese así, no podría explicar la llamada *paradoja de autoabsorción*: los sujetos con alta autoconciencia correlacionan a la vez tanto con salud como con sufrimiento psicológico (depresión, baja autoestima y ansiedad). Explican esta paradoja con un planteamiento de naturaleza dual de la autoconciencia:

- Por un lado, los *rumiadores* son personas que tienden a pasar mucho tiempo pensando sobre sí mismos, reevaluándose, cuestionando su apariencia y su comportamiento ... El resultado de esta rumiación lleva a personas que se examinan de forma ansiosa, buscando casi alguna imperfección o fallo y ésto hace que tiendan a la tristeza, la pobre autoimagen y la aprensión.
- Por otro, los *reflexivos* gustan de examinarse y aprender nuevos aspectos de sí mismos, de forma que el conocerse mejor hace que sientan un mayor control de lo que les ocurre, algo que redundaría en una mayor salud mental.

En definitiva, todos nosotros analizamos nuestros pensamientos y sentimientos (autoconciencia), pero algunos se sienten ansiosos sobre lo que podrían descubrir de sí mismos (autorumiación), mientras otros se sienten intrigados y fascinados sobre sí mismos (autorreflexión).

Como resultado del proceso del análisis del SCS descrito hasta aquí, Trapnell y Campbell crean su propio cuestionario de autoconciencia en 1999 bajo el nombre de *Rumiation/Reflection Questionnaire (RRQ)*.

Consiste en dos escalas Rumiación y Reflexión, que evalúan dos diferentes rasgos de personalidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia, ya que se comprueba que correlacionan según lo esperado: Rumiación correlaciona con Neuroticismo y Reflexión con Apertura a la experiencia.

La conclusión final de los autores es la afirmación de que la autoconciencia no representa un constructo unitario, sino que está construido por dos tipos fundamentales de autoanálisis: rumiación y reflexión (Morin, 2002), que por otro lado son contrapuestos en la medición de la autoconciencia (Morrison y O'Connor, 2005).

Posteriormente se ha asociado el concepto de autoconciencia con otros constructos como autoestima, empatía y bienestar psicológico (*psychological well-being*).

En un estudio de Joireman, Parrott y Hammersla (2002) se busca la relación entre autoconciencia privada, empatía y autoestima. Para ello emplean el RRQ de Trapnell y Campbell ya citado, el *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* de Davis como medida de empatía y el *Self-Esteem Scale* de Rosenberg como medida de autoestima.

Encuentran que Rumiación correlaciona dos dimensiones del IRI: negativamente con *perspective taking* (tendencia o habilidad para adoptar la perspectiva de otras personas) y positivamente con *personal distress* (sujetos que sienten incomodidad y ansiedad cuando son testigos de experiencias negativas de otros).

Reflexión en cambio, correlaciona positivamente con *perspective taking* y *empathic concern* (tendencia de los sujetos a experimentar sentimientos de compasión y preocupación hacia otros).

En general, el resto de resultados apoyan la distinción entre reflexión y rumiación así como la validez y fiabilidad.

En otro estudio posterior, Joireman (2004) encuentra que reflexión media en la relación entre tendencia a la culpabilidad y *perspective taking*, mientras que rumiación media entre tendencia a la vergüenza (*shame*) y *personal distress*.

Los resultados también revelan que vergüenza media en la relación entre rumiación y *personal distress*, sugiriendo que vergüenza y rumiación podrían retroalimentarse y provocar una respuesta empática maladaptativa como *personal distress*.

Respecto a la relación de los factores de la autoconciencia privada SR e ISA con distintas variables psicopatológicas, Harrington y Loffredo (2007) buscan esta correlación con el constructo de bienestar psicológico (*psychological well-being, PWB*).

Emplean en su estudio el *Psychological Well-Being Inventory, PWB* de Ryff y la *Self-Consciousness Scale-Revised, SCSR* (Scheier y Carver, 1985), versión actualizada de la original *Self-Consciousness Scale* de Fenigstein, Scheier y Buss (1975).

Las seis dimensiones de PWB son autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, poder de influencia en el ambiente (*enviromental mastery*), propósito en la vida y crecimiento personal.

A priori preveen que Autorreflexión (SR) sería un predictor negativo de bienestar mientras que Estado interno de conciencia (ISA) sería positivo.

En los resultados obtenidos se comprueba cómo el factor Autorreflexión (SR) correlaciona negativamente con los seis factores de bienestar psicológico, siendo las de influencia en el ambiente ($r=-.322$, $p<-.001$) y autoaceptación ($r=-.385$) las que lo hacen de forma significativa.

Por el contrario, el factor Estado interno de conciencia (ISA) correlaciona de forma positiva con los seis factores, siendo crecimiento personal ($r=.459$, $p<-.001$) la que tiene la mayor correlación con bienestar psicológico.

Se cumplen así las predicciones de los autores, revelando que el factor Estado interno de conciencia (ISA) por sí sólo, es el que mejor predice la dimensión de crecimiento personal, entre el total de dimensiones que componen el constructo de bienestar psicológico.

Entre los últimos estudios realizados sobre autoconciencia debe destacarse el realizado por Niebauer (2004), que llega a poner en relación factores cognitivos (rumiación-reflexión) con factores de personalidad (dimensiones de *Big Five*) y ésta es la novedad, con factores neuropsicológicos, como la especialización interhemisférica manifestada en el grado de preferencia manual.

Este autor incorpora como punto de partida el concepto de *borde de la conciencia* (fringe of consciousness), ya citado por el propio William James en su *Principios de Psicología* (1890) para llegar a relacionar conceptos como especialización hemisférica, grado de lateralización y autoconciencia.

Emplea como instrumentos, el *Rumiation and Reflection Questionnaire* (RRQ) de Trapnell y Campbell (1999), el *Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo* (EHI) y la *Escala de Ideación Mágica* (MIS) de Eckblad y Chapman (1983), los tres empleados en esta investigación, por lo que las conclusiones obtenidas por Niebauer serán una referencia para las obtenidas en la actual tesis doctoral.

El estudio de Niebauer, será comentado con más detalle en el apartado 4.1. (Lateralidad manual) del siguiente capítulo *La perspectiva neuropsicológica*.

Como **conclusión**, el grado de autoconciencia privada y la conexión de la misma con ciertos rasgos de personalidad, será uno de los factores a estudiar en la comparación de las muestras de investigación, tanto entre sujetos sin diagnóstico de enfermedad y los pertenecientes a la muestra clínica, como dentro de la propia muestra clínica, en concreto, entre la submuestra sujetos psicóticos y la de no psicóticos.

CAPÍTULO 4

LA PERSPECTIVA NEUROPSICOLÓGICA

La llamada *perspectiva neuropsicológica* en el estudio de la esquizofrenia ha ido marcada en los últimos años por el avance de las tecnologías.

Tanto las causas como los tratamientos del síndrome esquizofrénico siguen en constante proceso de estudio y revisión. Pero a pesar de los logros alcanzados, el objetivo último de encontrar elementos cognitivos, anatómico-funcionales o genéticos, responsables de la patología cerebral que subyace en la esquizofrenia, parece aun difícil de alcanzar.

Así la situación general es la de que aunque en los últimos treinta años ha cambiado radicalmente la investigación neuropsicológica sobre la esquizofrenia, aun hay más preguntas que respuestas sobre los aspectos neuropsicológicos fundamentales que atañen a la esquizofrenia.

Una publicación de gran interés en esta tesis doctoral es la que realizan Heaton, Baade y Johnson (1978) sobre los estudios neuropsicológicos realizados sobre trastornos psiquiátricos.

Encuentran que los esquizofrénicos se asemejan sorprendentemente a los trastornos orgánicos en los tests neuropsicológicos. Se achaca de forma muy extendida a problemas motivacionales o trastornos de pensamiento asociados a la enfermedad y aunque con las evidencias de la época no puede rechazarse tal planteamiento, sí que es muy cuestionable.

Concluyen que de hecho, si los esquizofrénicos crónicos parecen orgánicos en los tests neuropsicológicos, es debido a que una parte significativa de los mismos sean orgánicos.

La idea de que la perspectiva neuropsicológica se ha convertido en un tema central en el estudio de las causas y tratamientos de la esquizofrenia viene avalada por diferentes estudios, que de forma significativa abordan esta cuestión desde diferentes visiones, estudios que son citados por Bilder (2009):

- **Palmer, Dawes y Heaton** resaltan el importante papel que la investigación neuropsicológica ha jugado en la concepción moderna de la esquizofrenia, llegando a generar sólidos consensos en aspectos como severidad y curso de los déficits. Llegan a afirmar que los déficits cognitivos son de hecho más importantes que los síntomas empleados para diagnosticar la enfermedad.
- **Harvey** estudia las consecuencias neuropsicológicas que tiene el tratamiento farmacológico en los sujetos con esquizofrenia. Las estrategias psicofarmacológicas han sido a menudo demasiado optimistas en la supuesta ganancia cognitiva, como ha ocurrido en los estudios iniciales realizados con los antipsicóticos atípicos.

En cambio, propone llevar a cabo investigar los agentes capaces de modificar la cognición en la esquizofrenia y facilitar la investigación de los mismos, usando métodos consensuados como los realizados mediante las iniciativas como *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) ó el *Treatment Units for Research on Neurocognition and Schizophrenia* (TURNIS).

- **Medalia y Choi**, siguiendo con la línea crítica hacia la efectividad de los nuevos tratamientos psicofarmacológicos, muestran interés por las estrategias no farmacológicas en el tratamiento de los déficits cognitivos en la esquizofrenia.

Sostienen que cada vez aparece con mayor madurez una línea de investigación sobre los tratamientos de estos déficits, que tienen una mayor efectividad que los tratamientos farmacológicos y que se observa un creciente consenso para tener en cuenta los mediadores y moderadores de dichos tratamientos.

- Otra línea neuropsicológica asentada se centra en el estudio de los **precursores de desarrollo de la esquizofrenia** y especialmente en la intervención temprana y las estrategias de prevención. Dentro de esta línea Bilder cita a dos grupos de investigadores:

Pantelis et al. estudian los resultados de hallazgos neuropsicológicos obtenidos mediante neuroimagen, en sujetos con riesgo de desarrollo de esquizofrenia y concluyen que se requiere un mayor estudio de modelos longitudinales de cambio en dichos precursores.

Niendam et al. por su parte, dan importancia al entendimiento de las consecuencias sociales y los predictores cognitivos de dichas consecuencias, para obtener una mejor apreciación de los estados prodrómicos y diseñar estrategias de intervención y prevención.

- **Palmer et al.** encuentran que no existe un consenso claro entre los procesos patofisiológicos involucrados en la esquizofrenia, ni tampoco en sus sistemas neurales o niveles cognitivos.

Señalan a su vez tres publicaciones relevantes en este sentido:

- **Leavitt y Goldberg** revisan las evidencias relevantes neuroanatómicas, genéticas y conductuales y concluyen que las estrategias integrativas, como por ejemplo modelos computacionales avanzados junto a neuroimagen funcional, ayudan a clarificar los mecanismos de las disfunciones de memoria, que son un buen marcador de incapacidad.
- **Krauss, Keefe y Krishnan** presentan un modelo según el cual, si se estudian los errores de predicción dentro de los trastornos de memoria, éstos permitirían entender no sólo por qué los fallos de memoria son tan relevantes, sino también explicar otros síntomas, incluyendo déficits en procesamiento perceptual.

- **Gold, Hahn, Strauss y Waltz**, al contrario de aquellos que buscan identificar los déficits cognitivos de la esquizofrenia, buscan identificar qué aspectos son los que *no están afectados*, para tratar entender los procesos que llevan a la patología cognitiva, de forma que se puedan establecer objetivos de rehabilitación a partir de los elementos conservados.

Por último, mientras estos estudios dan idea de la amplitud y profundidad de la investigación neuropsicológica de la esquizofrenia, en el horizonte de la misma ya aparecen líneas de investigación como la de recientes estudios genéticos en la esquizofrenia, que anticipan una complejidad mayor de la esperada inicialmente.

Así por ejemplo, el *Internacional Schizophrenia Consortium* (2009), descubre en un estudio por todo el genoma humano, que la variación genética común es la base del riesgo de la esquizofrenia. Identifica la implicación de miles de alelos comunes de muy pequeño efecto, que contribuyen al riesgo de desarrollar tanto esquizofrenia como desorden bipolar.

Apoya por un lado las consideraciones de otros autores que afirman por ejemplo, que ahora es cuando se ve cada vez más claro la existencia de una amplia colección de genes generalistas, que probablemente expliquen la *heredabilidad* de diferentes rasgos cognitivos.

Por el otro, que la investigación neuropsicológica debe reorientar la tendencia de estudiar dominios cognitivos originalmente validados respecto a lesiones cerebrales discretas y empezar a redefinir constructos neuropsicológicos de las funciones de sistemas neurales, sistemas celulares y variaciones moleculares.

En una amplia revisión y actualización de los conocimientos neuropsicológicos sobre la esquizofrenia, Palmer, Dawes y Heaton (2009) señalan que esta *perspectiva* de estudio ha aportado un importantísimo grupo de conocimientos sobre la enfermedad.

Por ejemplo, resaltan que mientras que el daño cognitivo está presente en la inmensa mayoría de esquizofrénicos (si no en todos), se da una sustancial variabilidad tanto entre pacientes, como dentro de cada paciente, sobre la estabilidad de las funciones cognitivas, en la evolución a largo plazo de la enfermedad.

Estos hallazgos han contribuido al establecimiento de modelos neurobiológicos de la esquizofrenia y con ello reducir el estigma social que fue asociado a modelos puramente psicogénicos, durante finales del siglo veinte.

En los últimos años ha preponderado la importancia de las funciones cognitivas sobre los síntomas psicopatológicos, como determinantes de la capacidad funcional e independencia en el funcionamiento diario.

Aunque parezcan marginales los beneficios cognitivos de las medicaciones antipsicóticas convencionales y de segunda generación, la importancia capital de los déficits cognitivos como determinantes de la pérdida de habilidad funcional en la esquizofrenia, ha impulsado el desarrollo de tratamientos orientados hacia dichos déficits cognitivos.

En el completo trabajo realizado por Palmer et al. llama la atención y resulta de especial interés para esta tesis doctoral, el apartado denominado *Subtipos Cognitivos*.

En dicho apartado aborda la cuestión de la heterogeneidad ya comentada en la esquizofrenia, ya que en su estudio se ha empleado con frecuencia el **análisis de cluster** para identificar subgrupos cognitivos.

En varios estudios realizados, se encuentran cuatro grupos o cluster: un cluster neuropsicológicamente normal y otro ampliamente deteriorado, mientras que los otros dos restantes, aunque varían en sus perfiles y en la severidad de los síntomas, presentan déficits en al menos una o dos áreas de funcionamiento neuropsicológico, bien en el ámbito motor, memoria verbal o tareas ejecutivas.

Por último, dentro de los hallazgos sobre subtipos cognitivos, Bilder (2009) resalta los resultados obtenidos en estudios que han examinado las asociaciones entre factores clínicos y demográficos y los integrantes de los grupos.

La mayoría ha encontrado que mientras que en las características clínicas, como por ejemplo, dosis de antipsicótico o síntomas positivos-negativos, no tienen relación entre los grupos, si se estudia con características demográficas como el nivel educativo se comprueba que son diferentes entre distintos grupos.

Debe citarse entre las limitaciones neuropsicológicas más descritas en la esquizofrenia, a un patrón conocido de disminución del flujo sanguíneo cerebral del córtex prefrontal dorsolateral, más conocido como "**hipofrontalidad**", que fue descrito por primera vez en esquizofrénicos por David Henschen Ingvar y Göran Franzen (1974).

La hipofunción prefrontal ha sido el hallazgo más replicado y sólido mediante técnicas de neuroimagen funcional (PET y SPECT), ya que ha sido descrita en cerca del 90 % de estudios publicados al respecto (Weinberger y Berman, 1996), confirmando esta hipofrontalidad sobre todo en pacientes esquizofrénicos con tratamiento neuroléptico de larga evolución y con predominio de síntomas negativos.

Posteriormente, autores como Gur y Gur (1995) y Andreasen et al. (1997) han tratado de reactualizar este término, teniendo en cuenta la complejidad del córtex prefrontal, ya que se han identificado tres regiones prefrontales distintas en sus funciones y conexiones, como son la dorsolateral, orbital y medial.

Entre los últimos estudios que emplean técnicas modernas de neuroimagen ante el patrón de hipofrontalidad, autores como Pomarol-Clotet et al. (2010) hablan en cambio de una *hiperfrontalidad* o incremento de la activación en las mismas regiones prefrontales, dorsolaterales y ventrales, encontrado en varios estudios durante la realización de tareas de memoria de trabajo por parte de sujetos esquizofrénicos.

Por otro lado, entre otros estudios neuropsicológicos recientes, encontramos por ejemplo el Orlova et al. (2007), que analiza las características de las regiones cerebrales subcortico-frontales en la esquizofrenia y su posible relación con la vulnerabilidad a padecerla.

Encuentran anormalidades bilaterales de la función de las zonas lobulares prefrontal y frontal profunda, en pacientes de esquizofrenia comparados con los controles. En concreto, evidencia una disfunción focalizada en las regiones subcorticales profundas del hemisferio izquierdo, comparadas con las análogas del derecho.

Las autoras confirman dicho indicador neuropsicológico como potencialmente predictor de psicosis y la importancia de las asimetrías estructurales y cerebrales en etiología de la esquizofrenia.

Mediante el uso de neuroimagen, en la esquizofrenia se han detectado anomalías estructurales severas de las regiones frontales del hemisferio izquierdo, comparadas con las del derecho.

Así por ejemplo refieren, por un lado una disminución de estructuras, como giro anterior cingulado y medio frontal, lóbulo frontal en pacientes hombres, así como núcleo caudado subcortical, y por el otro, incremento del volumen del ventrículo lateral frontal.

Refieren también en el origen de la esquizofrenia la importancia de la alteración entre la interacción de las estructuras subcorticales y las regiones frontales, especialmente en el hemisferio izquierdo, como predictor del riesgo de psicosis.

Esta última consideración es apoyada por otros investigadores como Salgado-Pineda et al. (2007) quienes emplean técnicas de resonancia magnética nuclear para evaluar las conexiones entre estructuras cerebrales en la esquizofrenia.

Se conoce que el córtex prefrontal dorso-lateral está más activado cuando la atención del sujeto se centra en eventos sensoriales, mientras que el córtex prefrontal medio lo está durante tareas referidas a sí mismo y es importante que la actividad de ambas correlacione de forma negativa, es decir sea mutuamente excluyente para evitar problemas atencionales.

Si en sujetos sanos, la actividad del córtex dorsolateral frontal derecho correlaciona positivamente con la del izquierdo y negativamente con la actividad del córtex frontal medio y anterior/inferior, en los esquizofrénicos, esta relación es inexistente o muy escasa.

En sujetos sanos, esta correlación negativa en la actividad de ambas estructuras asegura un equilibrio adaptativo entre la dirección de la atención hacia el mundo externo y la expresión de creencias individuales y actividades autoreferenciales, equilibrio que en el caso de los esquizofrénicos se ve afectado, manifestándose en forma de sintomatología psicótica.

Autores como Nair et al. (1997) en el estudio de las características neuropsicológicas de la esquizofrenia, han encontrado un modelo de dos grupos de esquizofrenia diferenciados en sus índices de expansión ventricular, uno más estable y otro que mantenía dicha expansión.

Woods et al. (1990) encuentran que sujetos con esquizofrenia muestran un significativo incremento de la ratio ventrículo-cerebro en un intervalo de dos años y medio y esto ocurría en el 25 % de los esquizofrénicos, frente a un 11 % de los bipolares.

Además, la progresiva expansión ventricular correlaciona con una peor evolución clínica de la enfermedad, aspecto corroborado posteriormente por Davis et al. (1998) al diferenciar dos grupos de pacientes según su buena o mala evolución clínica: los de mala evolución mostraban un significativo volumen ventricular total a los cinco años.

Osuji et al. (2007) emplean técnicas de imagen por resonancia magnética (IRM) para evaluar las funciones neuropsicológicas asociadas al crecimiento ventricular observado en pacientes de esquizofrenia.

Encuentran también dos subtipos bien definidos, por un lado el que denominan en expansión y por el otro, el estático. El estático presenta en general un mayor grado de daño cognitivo respecto al grupo neurodegenerativo, especialmente en las medidas referidas a atención y memoria no verbal, pero sin diferencias en memoria y aprendizaje verbal, función ejecutiva, habilidades visoespaciales y sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa.

Mediante técnicas de imagen por resonancia magnética, numerosos estudios han comprobado que en pacientes de esquizofrenia se detectan anomalías en la estructura del lóbulo temporal medio y en particular, un reducido volumen de la amígdala y el hipocampo (Lawrie y Abukmeil, 1998).

Estos volúmenes reducidos también se han observado en familiares de esquizofrénicos, por lo que pueden considerarse como una vulnerabilidad heredable para la aparición de la enfermedad (Van Rijn et al., 2005).

Otros autores como Achim y Lepage (2005) han encontrado mediante técnicas de imagen funcional, que los pacientes de esquizofrenia muestran una reducida activación de la amígdala durante la visión de caras con expresiones emocionales, así como del hipocampo en tareas de memoria episódica.

Siguiendo esta misma línea de investigación, Hall et al. (2007) confirman que los esquizofrénicos muestran un déficit selectivo en el reconocimiento de escenas emocionales, tanto positivas como negativas, y especialmente en la memoria de reconocimiento de las escenas más negativas, comparados con los controles.

Estos resultados confirman que en los sujetos con esquizofrenia aparece una disfunción en el funcionamiento de la amígdala, ya que muestran un patrón deficitario en la memoria de reconocimiento de material con contenido emocional.

Así mismo los autores encuentran que esta disfunción aumenta en aquellos pacientes con presencia de síntomas negativos durante periodos largos de enfermedad, tanto para estímulos emocionales como no emocionales y que no hay correlación entre el déficit encontrado y la dosis de medicación antipsicótica.

Los estudios sobre asimetrías, encuentran anormalidades conductuales en las que los déficits lateralizados observados eran predominantemente hacia el hemiespacio derecho, mientras las anormalidades cerebrales se encontraban predominantemente en el hemisferio izquierdo.

Así autores como Downin et al. (1998) o Posner et al. (1988) hablan de *heminegligencia derecha*, observada tanto en tareas de atención como visomotoras, aspecto que fue corroborado posteriormente por Cavèzian et al. (2007).

Encuentran que los pacientes de esquizofrenia muestran frente a sujetos sanos, una tendencia a la izquierda en tareas de biseccionar series de números, que consistían en determinar oralmente y sin realizar cálculos, el número medio de una serie, de forma análoga a biseccionar o determinar el punto medio exacto de líneas.

Los esquizofrénicos indicaban números mayores que los sanos, reflejando un sesgo hacia la izquierda en la representación visoespacial de los números.

Este tipo de anormalidades aparecen tras daños cerebrales en uno de los hemisferios, por lo que en el caso de los esquizofrénicos, el déficit hacia el hemicampo derecho hace suponer la existencia de una disfunción (denominada a menudo como *hipofuncionalidad*) en el hemisferio izquierdo.

Incluso investigadores como Brugger y Graves (1997) o Taylor, Zach y Brugger (2002) llegan a relacionar de forma significativa los déficits en atención en el hemicampo derecho, con el número de creencias mágicas evaluadas mediante el *Magical Ideation Scale* en sujetos sanos.

Consideran también dichos déficits como característicos de personas con esquizofrenia, que muestran sintomatología de desórdenes de pensamiento, personas o trastorno esquizotípico, o bien sanas, pero con altas puntuaciones en escalas de esquizotipia.

Nalcaci, Kalaycioglu, Cicek y Budanur (2000) relacionan también el déficit de atención hemiespacial derecho y tendencia a la esquizotipia en sujetos normales, pero sólo cuando son diestros.

Como **conclusión** final, puede decirse que la esquizofrenia presenta a nivel neuropsicológico una disfunción lateralizada en el córtex prefrontal, tal y como describe Manoach (2003) y que queda aun mucho por analizar en esta zona, en la que podría estar la clave de las causas de dicha enfermedad y en cuya tarea pueden ser determinantes las nuevas técnicas de neuroimagen.

4. 1. LATERALIDAD MANUAL

Dentro de la especialización hemisférica siempre se ha dado importancia a la dominancia lateral y a las consecuencias que tiene para el sujeto la posible dominancia hemisférica en el procesamiento de la información.

Se ha asumido tradicionalmente que la dominancia lateral izquierda se asocia al hemisferio derecho y la dominancia lateral derecha al hemisferio izquierdo.

Así por ejemplo los resultados obtenidos por Gur y Gur (1980) sostienen que la preferencia manual izquierda (zurdera) se asocia a una débil especialización hemisférica, resultado de una opuesta dirección de la especialización habitual. Así por ejemplo, se estima que las personas zurdas suponen un 8% dentro de la población general.

Se han realizado numerosos estudios sobre asimetrías, tanto anatómicas como funcionales (manuales, oculares...), así como la posible relación entre ellas.

Según Witelson (1980), aunque una asimetría anatómica consistente está bien documentada, la relación entre asimetrías anatómicas y funcionales consta de pocas evidencias y son poco fiables, como por ejemplo sería suponer que una preferencia manual se deba a una asimetría anatómica del sujeto.

En el modelo de Luria (1988), en la evaluación neuropsicológica los síntomas de zurdera poco evidentes, presentes en casos de zurderas parciales y personas ambidextras, son de gran importancia a la hora de establecer un diagnóstico neuropsicológico y son más comunes de lo que parece.

Para este autor, los síntomas encubiertos de zurdera, incluso en familias con numeros miembros zurdos, son importantes para valorar los síntomas provocados por lesiones cerebrales.

En la relación entre preferencia manual familiar y lateralidad hay resultados contradictorios entre los diferentes estudios realizados, tal y como señala León-Carrión (1995), por lo que sería importante emplear una metodología de investigación sobre lateralidad lo suficientemente sensible para poder medir la especialización hemisférica.

Así, para evaluar la lateralidad del individuo de forma exhaustiva, propone que debería incluirse una evaluación de distintos aspectos:

- preferencia manual.
- preferencia de utilización de los pies.
- dominancia ocular.
- dominancia auditiva.

Las pruebas más empleadas para evaluar estos aspectos son *The Lateral Dominance Examination* de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan, test de escucha dicótica, presentación taquitoscópica de imágenes visuales, test de estimulación dicóptica o autoinformes de preferencia lateral.

La prueba empleada en esta investigación para evaluar la preferencia manual de la muestra es el ***Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo***, en inglés *Edinburgh Handedness Inventory* (EHI), de Oldfield (1971).

Tal y como figura en el anexo 13-a, evalúa mediante cuatro bloques:

- preferencia manual individual: diez ítems de preferencia manual para actividades cotidianas, un ítem para preferencia de utilización de los pies y un ítem para dominancia ocular.
- preferencia manual familiar.
- dificultad en orientación espacial lateral.
- indicios de lateralidad manual: uno para brazos y otro para manos.

El término manualidad, entendido como **preferencia manual** y denominado en inglés "*handedness*", se refiere a la *preferencia que aparece tanto en humanos como en otras especies, en el uso de la mano derecha o izquierda a la hora de realizar actividades.*

En el **abordaje teórico** de la preferencia manual encontramos diferentes enfoques.

Corballis (2002) señala entre las **teorías de tipo genético**, las de Annett (1972) y McManus (1985, 1999) como las dos más convincentes.

La teoría de **Annett** defiende que la preferencia manual dependerá de dos influencias genéticas, de las que dependerá, no si la persona será diestra o zurda, sino si la persona será diestra o no.

Una de estas influencias favorece un sesgo para la predominancia manual derecha y la otra no crea ninguna predisposición para la preferencia manual. Ambas se consideran como alelos de un gen único de "desviación" a la derecha, que Annett denomina RS+ y RS-.

Considera por otro lado, que a la hora de manifestarse una determinada preferencia manual, a las influencias genéticas deben añadirse factores ambientales, como las presiones culturales, que en la preferencia manual tienden tradicionalmente a *lo diestro* y dificultan la libre expresión de *lo zurdo*.

En el segundo modelo, **McManus** propone que la preferencia manual se define en términos de preferencia más que de ejecución y se considera una variable dicotómica.

Es un modelo de gen único con dos alelos, que se denominan D (diestro) y A (azar), de forma que por ejemplo, todos los homocigotos DD serán diestros, de los heterocigotos AD sólo la cuarta parte serán zurdos y el resto diestros, mientras que los AA serán mitad diestros y mitad zurdos.

Los dos modelos consideran que el mismo gen responsable de la preferencia manual también lo es para la asimetría cerebral para el lenguaje, aunque lo haga en ambos aspectos, de forma estadísticamente independiente.

Dado que las dos asimetrías son independientes, el porcentaje de sujetos que muestran las dos características sería según McManus (1999):

- diestros con dominancia izquierda para el lenguaje: 56.25 %.
- diestros con dominancia derecha para el lenguaje: 18.75 %.
- zurdos con dominancia izquierda para el lenguaje: 18.75 %.
- zurdos con dominancia derecha para el lenguaje: 6.25 %.

En ambos modelos también se propone que este gen de la lateralidad es único en el ser humano, ya que según Corballis (2002), se ha comprobado una baja preferencia manual diestra en poblaciones de primates, aspecto también observado en otras asimetrías humanas, como asimetrías faciales o dominancia del oído derecho en escucha dicótica, y que apuntan más a una relación 67:33 que a 90:10.

Respecto a los **modelos genéticos**, resulta obligado señalar a un autor como **Crow** (1998), quien sugiere que el gen de la lateralidad, no sólo es responsable del lenguaje y de la *teoría de la mente* (ToM), es decir, responsable de la definición del Homo Sapiens como especie diferente (denominado *suceso de especiación humana*), sino que podría estar localizado en regiones homólogas de los cromosomas sexuales.

La **teoría de la mente** fue descrita por inicialmente por Premack y Woodruff (1978) para referirse a la capacidad cognitiva para representarse los estados propios y ajenos y con ello explicar y predecir conductas presentes y futuras, capacidad estrechamente relacionada con una capacidad adaptativa que mejora las posibilidades de supervivencia de la especie.

Esta teoría tendría una base neurobiológica localizada en el córtex prefrontal medial y el surco temporal superior, y tiene implicaciones directas con manifestaciones psicopatológicas, inicialmente dentro del espectro autista, pero luego extendidas a otras patologías como la propia esquizofrenia (López, 2008).

Según Crow, el gen estaría sujeto a los procesos de selección sexual, algo que se deduce a partir de ciertos trastornos genéticos como el síndrome de Turner (sujetos que carecen de un cromosoma X), en el que los sujetos presentan déficits característicos del hemisferio derecho, ó el síndrome de Klinefelter (sujetos que tienen un cromosoma X de más), en el que los déficits lo son del izquierdo.

Todo ello sugiere que un gen en el cromosoma X influye en la dominancia cerebral, algo que el mismo autor defiende de nuevo bajo la que llama *Teoría del Big Band* (Crow, 2008).

La idea fundamental de esta teoría es la de que tanto el lenguaje como la psicosis, tienen un origen común en un momento concreto del proceso de diferenciación cerebral de los humanos, y que los trastornos psicóticos están provocados por una anomalía sufrida en dicho proceso.

Fuera del ámbito genético, **Niebauer** (2004) es un autor que hace un interesante planteamiento al relacionar el concepto ya citado de preferencia manual, con un término clásico y descrito nada menos que en 1890 por William James, como es el de margen o **borde de la conciencia** (*fringe of consciousness*).

Establece una teoría neuropsicológica sobre las diferencias individuales en rumiación, opuesta en déficit metacognitivo a la autoreflexión.

El margen de la conciencia representa su aspecto más periférico y se muestra en una *vaga sensación cognitiva sobre si nuestro pensamiento sigue la dirección correcta (estar en lo cierto) sin poder justificarlo claramente*, mientras que el núcleo, está formado por experiencias sensoriales claras e inequívocas, ligadas al contexto.

El desarrollo del margen de la conciencia es el resultado de la interacción entre el hemisferio cerebral izquierdo y el hemisferio derecho. Cook (1999) ya había sugerido anteriormente una conexión entre la función del primero en el núcleo y del segundo en el margen de la conciencia.

Por un lado, el **hemisferio izquierdo** tiene una función cognitiva de detección de inconsistencias, que se asocia más al núcleo de la conciencia, basado en experiencias sensoriales sólidas.

Tiene la función cognitiva de "*intérprete*" que forma el sentido de la realidad: lo hace generando hipótesis posibles ante las inconsistencias detectadas e ignorándolas cuando son pequeñas para mantener una interpretación coherente y consistente. Cuando las inconsistencias son a mayor escala, es el hemisferio derecho quien entra en juego.

Está implicado a la vez en la formación del sentido de sí mismo del sujeto, por lo que con todo ello, juega un papel importante en el proceso de conciencia del sujeto.

Por otro lado, el **hemisferio derecho** crea cogniciones metacognitivas y se asocia funcionalmente al borde de la conciencia, más basado en el contexto.

El borde de la conciencia es el que transmite al sujeto una buena o mala dirección del pensamiento, es decir, tener la vaga sensación acertar o estar equivocado sin poder explicarlo o tener algo "*en la punta de la lengua*".

El hemisferio derecho comunica a su interlocutor izquierdo el resultado de la reflexión metacognitiva, para que el sujeto sea consciente de esta información. Así, para conocer aspectos de nosotros mismos (metacogniciones) debemos usar el hemisferio derecho, ya que el izquierdo no tiene por sí sólo esta capacidad.

El borde de la conciencia sería el resultado del proceso que hace el intérprete del hemisferio izquierdo sobre la información metacognitiva que le devuelve el hemisferio derecho y estaría más desarrollado según Niebauer en los sujetos ambidextros, es decir, con menor grado de lateralización.

En los sujetos ambidextros la comunicación entre hemisferios es mayor, por lo que Niebauer hipotetiza en su estudio que estos sujetos experimentan en mayor grado este borde de la conciencia, debido a una mayor activación del hemisferio derecho y por lo tanto, tienen una mayor capacidad de análisis metacognitivo en general y por ello en autoreflexión.

Al diferenciar entre los tipos de actividad autoreflexiva, como ya se ha expuesto anteriormente, Trapnell y Campbell (1999) ven una relación con algunos rasgos de personalidad descritos en el modelo de cinco factores de personalidad de McCrae y Costa (1997).

Así, la **rumiación**, que supone dar vueltas a un pensamiento no resuelto (debido al déficit en uso del borde de la conciencia) correlaciona con el rasgo de Neuroticismo, mientras que la **reflexión** (éxito en actualizar creencias) correlaciona con el rasgo de Apertura.

Es por lo que Trapnell y Campbell realizan el Cuestionario de Auto-conciencia RRQ (ver Anexo 10), formado por dos escalas, rumiación y reflexión, para evaluar diferencias individuales en estos dos tipos de actividad autoreflexiva.

En el RRQ, de los ítems que miden autorreflexión, ninguno se refiere al núcleo de la conciencia y varios al borde o margen (*fringe*) de la misma, mientras que 8 de los 12 ítems de rumiación se refieren al núcleo y ninguno al borde.

Niebauer plantea estudiar en 2004 si las diferencias individuales de capacidad autoreflexiva usando la escala RRQ, son debidas a diferencias individuales en preferencia manual, por lo que emplea también la escala de preferencia manual *Edinburgh Handedness Inventory*, EHI (Olfield, 1971).

En un primer análisis no emplea valores absolutos del EHI y llegan a la conclusión de que es el grado (ambidextros vs. lateralizados) y no la dirección, lo que influye en el grado de autoconciencia privada mostrado.

Al emplear valores absolutos del EHI, resultan correlaciones significativas entre grado de lateralización y autoconciencia. Así, mientras que los más lateralizados puntúan más alto en rumiación $r=+.174$ $p=.005$, con reflexión la correlación es negativa $r=-.163$ $p=.009$.

Concluyen que a la vista de los resultados, los **sujetos ambidextros puntúan más en autoreflexión** mientras que **los más lateralizados** (tanto diestros como zurdos) **puntúan más en rumiación**.

Con menor acceso al hemisferio derecho por parte de los más firmemente lateralizados, tanto diestros como zurdos, tienden a realizar más rumiaciones sobre sí mismos, ya que no pueden actualizar sus creencias debido a su menor capacidad metacognitiva.

Por el contrario, en **los sujetos ambidextros**, con un mayor uso del hemisferio derecho, ocurre justo lo contrario y se da en mayor medida la capacidad reflexiva, por lo que se apreciaría un mayor desarrollo del margen de la conciencia y a la vez **obtendrían mayores puntuaciones en la Escala de Ideación Mágica**.

Entre las conclusiones del estudio de Niebauer aparecen consideraciones relevantes para el presente trabajo de investigación:

1. Trapnell y Campbell (1999) sugieren que las variaciones entre la interacción hemisférica, medidas en preferencia manual, dan diferencias en el grado de autoconciencia de los sujetos: los sujetos ambidextros correlacionan con reflexión y los lateralizados con rumiación.
2. Tomando como referencia el modelo de las cinco dimensiones básicas de personalidad de Costa y McCrae (1997), las variaciones en preferencia manual correlacionan a su vez con determinadas dimensiones de personalidad.

Así, mientras los ambidextros puntúan más en la dimensión de apertura, al tolerar en mayor grado la ambigüedad (borde de la conciencia), los mayormente lateralizados puntúan a su vez en neuroticismo al preferir, casi necesitar, consistencia a su alrededor y en sus procesos de autoconciencia (núcleo de la conciencia).

3. Los resultados en comunicación interhemisférica no son tan significativos planteados entre zurdos y diestros, sino entre lateralizados y ambidextros (grado de lateralización).

Numerosos estudios apoyan la relación entre ideación mágica y débil lateralización manual u ocular, como el de Nicholls, Orr y Lindell (2005) o el de Annett y Moran (2006) que corrobora un aumento de puntuaciones de esquizotipia ($p < .001$) en sujetos ambidextros y especialmente diestros, que usan la mano derecha para escribir y la izquierda para otras acciones primarias (lavarse los dientes p. ej.).

Otros en cambio, como el de Jaspers-Fayer y Peters (2005), sostienen que si bien en varias investigaciones se ha encontrado una correlación entre sujetos ambidextros e ideación mágica, no encuentran correlaciones significativas entre ambas variables en una muestra de 413 estudiantes universitarios. En cambio sí encuentran correlación entre ideación mágica y la variable de confusión izquierda-derecha, aunque sólo en mujeres.

La relación existente entre **preferencia manual y esquizofrenia** no se encuentra aun en un grado de consenso científico tal y como reflejan los estudios de Dragovic y Hammond (2005) y anteriormente Satz y Green (1999).

Así por ejemplo, hay estudios que resaltan el incremento existente de ambidextros en pacientes de esquizofrenia, como Cannon et al. (1995) u Orr et al. (1999); éste último sólo lo encuentra en mujeres con esquizofrenia. Otros en cambio, como Taylor, Dalton y Flemminger (1980) encuentran una mayor proporción de sujetos completamente diestros entre esquizofrénicos, comparados con el grupo de controles.

Estudios más recientes como el de Dane et al. (2009) encuentran que los pacientes con esquizofrenia muestran un significativo incremento de la frecuencia de ambidextros, a la vez que un menor grado de diestros y zurdos, en comparación con los controles.

Además, corroborando al modelo genético de Crow (1998), Dane et al. afirman que las anomalías de la lateralización cerebral en la esquizofrenia podría estar asociada a factores hormonales relacionados con el sexo.

Encuentran que los pacientes con esquizofrenia hombres tienen un significativo incremento de dominancia ocular izquierda, dominancia cruzada óculo-manual y dominancia óculo-manual no congruente, comparados con los controles, algo que no ocurría cuando los pacientes eran mujeres.

Otros estudios que relacionan ambos aspectos llegan a considerar que por ejemplo, los niños que en el futuro sufren esquizofrenia también presentan alteraciones de la lateralidad (Crow, Done y Sacker, 1996; Cannon et al., 1997) o que estas alteraciones son un aspecto consustancial en el curso que precede al desarrollo de cualquiera de los trastornos psicóticos (Schiffman et al., 2005).

Estos estudios que plantean la esquizofrenia como un trastorno del desarrollo cerebral que se inicia en la infancia, sigue la línea de estudio planteada por la teoría del neurodesarrollo de Weinberger de 1987.

Dollfus et al. (2002) realizan un estudio sobre la preferencia manual izquierda (sinistralidad) empleando el EHI en los diferentes subtipos de esquizofrenia.

Encuentran que los pacientes con esquizofrenia desorganizada, comparados con el resto de subtipos y con los controles, tienen una correlación significativa y negativa con puntuaciones en dicha escala ($r=-.34$; $p<0.01$), por lo que presentan una significativa preferencia manual izquierda frente al resto de subtipos.

Dado que este subtipo está caracterizado por trastornos del lenguaje, provocados por trastornos del pensamiento y alucinaciones cognitivas, apoya lo dicho por Crow (1997) sobre que la sinistralidad y las disfunciones del lenguaje, que serían la expresión de un defecto de la asimetría hemisférica en la esquizofrenia.

También apoya que el exceso observado de ambidextros en esquizofrenia, está asociado con trastornos del pensamiento y alucinaciones, que expresarían un defecto en la monitorización del lenguaje (Frith y Done, 1988).

En el primer estudio longitudinal realizado para valorar la evolución de la deficiente lateralización para el lenguaje en pacientes esquizofrénicos, Razzafimandimby et al. (2007) encuentran que no varía en el tiempo y que esto ocurre incluso en los sujetos controles.

Este déficit es estable y no influenciado por aspectos como duración de la enfermedad, severidad de la psicosis o el rendimiento en tareas.

Esta conclusión refuerza la teoría de Crow (1997) de reducida especialización hemisférica en la esquizofrenia y en concreto, en la lateralización del lenguaje. Concluyen también que esta débil lateralización se debe más a una débil activación izquierda que a una fuerte activación derecha.

En la relación entre preferencia manual y otros tipos de diagnósticos dentro del espectro esquizofrénico, como ocurre en personas con marcados rasgos esquizotípicos, los estudios son a menudo contradictorios.

Así por ejemplo, mientras algunos estudios como Stefanis et al. (2006) encuentran asociación entre las dimensiones de la esquizotipia y la lateralidad manual ambidiestra o no diestra, otros autores en cambio, como Badcock y Dragovic (2006) o Jasper-Fayer y Peters (2005) no encuentran asociaciones significativas.

Preti, sardu y Piga (2007) estudian la relación en población sana, entre preferencia manual y las puntuaciones obtenidas en creencias casi-psicóticas con el *Peters et al. Delusions Inventory* (PDI), ideado para investigar la relación entre creencias próximas a la esquizofrenia y tendencia a la psicosis (Peters, Joseph y Garety, 1999).

Encuentran que en población normal, existe relación entre la preferencia manual y tendencia a la psicosis, dado que los ambidextros puntúan significativamente más alto en el PDI que los firmemente lateralizados.

Ocurre especialmente en las subescalas de desorden paranoide y creencias paranormales, corroborando la interacción entre preferencia manual mixta y pensamiento mágico, encontrada anteriormente por autores como Chapman y Chapman (1987) ó Barnett y Corballis (2002).

En esta última línea de resultados se encuentra el estudio de Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos et al. (2007), en el que al estudiar la relación entre preferencia manual y esquizotipia, centrándose en este caso en población adolescente, encuentran que los adolescentes ambidextros no puntúan significativamente en esquizotipia, comparados con los más firmemente lateralizados, tanto diestros como zurdos.

También encuentran que en otros estudios con sujetos con alto riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, tampoco se hallan diferencias en lateralidad manual, mientras que suelen mostrar una alteración de lateralidad global, centrada en una lateralidad ocular y de los pies, zurda o ambidiestra, en comparación con aquellos que no los desarrollan.

En general, aportan como última conclusión, que para estudiar la relación entre esquizotipia y dominancia cerebral, medida a través de la lateralidad, deben usarse pruebas que midan globalmente esta lateralidad antes que pruebas que se centren exclusivamente en la preferencia manual.

Es decir, ponen en entredicho la evaluación de la preferencia manual como indicador válido para el estudio de trastornos en el neurodesarrollo.

En un importante estudio de Somers, Sommer, Boks y Kahn (2009), se realiza un meta-análisis sobre 86 artículos publicados entre 1970 y 2007 que estudian la relación entre esquizotipia y preferencia manual.

Encuentran como conclusiones que los ambidextros (mixed-handers) muestran un ligero incremento en las medidas de esquizotipia, comparados tanto con diestros como con zurdos (con estos últimos algo menos). No encuentran diferencias entre los que muestran una firme preferencia manual, tanto diestra como zurda.

Así acaban afirmando que los **no diestros y especialmente los ambidextros, están asociados con esquizotipia**, aunque el efecto sea sólo pequeño. Coinciden así con otros estudios, como los de Sommer, Ramsey, Kahn, Aleman y Bouma (2001) y Dragovic y Hammond (2005).

Estos dos últimos estudios encuentran la misma asociación, pero en pacientes esquizofrénicos, corroborando a su vez el descubrimiento de Crow et al. (1996) de que los niños ambidextros desarrollan con más frecuencia esquizofrenia en la edad adulta que los diestros.

En el estudio de Sommer et al. (2001) se afirma sobre la frecuencia de personas no diestras, que es incluso del doble en pacientes de esquizofrenia, comparada con la de sujetos sanos.

En otro estudio posterior, Spere, Schmidt, Riniolo y Fox (2005) abordan las correlaciones de las personas con preferencia manual mixta, entendida como índice de dominancia cerebral y aspectos de la personalidad que puedan ser factores de riesgo para desarrollar psicopatología posterior.

Encuentran por ejemplo, que los ambidextros muestran niveles más bajos de autoconciencia y de forma más evidente, que la combinación de timidez y sociabilidad es el más fuerte predictor de preferencia manual mixta, más incluso que estos dos factores por separado.

Se cuestionan si los sujetos ambidextros, que reflejan una falta de dominancia cerebral de procesos psicológicos que están involucrados en la regulación de la conducta social, al mostrar alta timidez y sociabilidad, están predispuestos a la conflictividad social y la conducta social problemática.

Dado que la maduración de la preferencia manual ocurre previamente a los años de escolaridad y sería algo relativamente fácil de detectar, los patrones ambidextros podrían ser un marcador no invasivo, de riesgo de conducta social problemática durante el desarrollo en algunos niños.

Estos descubrimientos apoyan pues la hipótesis de que las disfunciones producidas por un pobre proceso de lateralización cerebral, constituyen un factor de vulnerabilidad para el desarrollo posterior de rasgos incluidos en el espectro de la esquizofrenia, es decir como un **factor de riesgo de padecer esquizofrenia**, tal y como defienden Crow et al. (1996) y Satz y Green (1999).

En general, podemos decir que la dominancia manual puede evaluarse mediante cuestionarios, como ya hemos visto (Annett, 1972; Oldfield, 1971) y considerarse como un indicador del grado de dominancia/lateralización cerebral en el proceso de desarrollo humano.

Relacionadas con el planteamiento anterior, León-Carrión (1995) apunta algunas conclusiones tomadas de los estudios realizados sobre los efectos que tiene el consumo continuado de los derivados del cannabis, sobre las funciones superiores de la corteza cerebral.

Encuentran similitudes en los efectos que tiene dicho consumo sobre la dominancia hemisférica, con la que aparece en sujetos que presentan una patología de tipo psicótico.

Sostienen que hay evidencias de que es posible una diferenciación hemisférica como efecto del consumo de derivados del cannabis, donde por ejemplo la velocidad de procesamiento de la información puede depender del hemisferio estimulado.

Dado que los efectos psicotomiméticos (aquellos producidos por agentes psicoactivos capaces de producir estados anormales con alteraciones de la percepción, el pensamiento y el sentimiento) de estas drogas son similares a los síntomas propios de las psicosis, los mecanismos afectados en ambos casos, es decir los hemisferios cerebrales, pueden verse afectados.

Así pues la disfunción cognitiva que se presenta en la esquizofrenia (ideación lógica e irracional, trastornos de la atención, de la conceptualización y de la abstracción) sugiere que en esta enfermedad se produce una disfunción del hemisferio izquierdo, que consiste en una sobreactivación del mismo.

El fenómeno psicótico no depende de una lesión estructural, sino en un cambio en el equilibrio de un sistema nervioso central lateralizado por una dirección u otra, de forma que la forma de psicosis está determinada por la dirección del cambio.

En el caso que se plantea, el uso de cannabis es capaz de producir psicosis modelos, ya que el síndrome puro psicótico corresponde a una mayor dominancia cerebral, tanto derecha como izquierda.

Esta dominancia puede producirse tanto por el consumo de euforizantes, del que resultan reacciones psicóticas de curso y pronóstico más benigno, como de forma natural, que corresponde a las psicosis esquizofreniformes y que conlleva una cronicidad en su diagnóstico.

4. 2. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA: LA BATERÍA LURIA-DNA

La neuropsicología como ciencia puede considerarse desde una doble vertiente de campo de trabajo: como ciencia aplicada básica y como ciencia aplicada.

Como ciencia básica, estudia la mediación de los procesos neurales en el comportamiento y como ciencia aplicada, se ocupa del diagnóstico y rehabilitación de los afectados por lesión cerebral (Manga y Ramos, 2000).

Dos autores que aportan su visión de la neuropsicología son Rosenzweig (1982) y Weigl (1981).

Para Rosenzweig, las tres bases de la neuropsicología son:

- Visión del campo que abarca, así como de las contribuciones teóricas y experimentales que pueda aportar al conocimiento científico.
- Incidencia en el plano diagnóstico.
- Mejora en la práctica terapéutica.

Weigl por su parte, pronostica que la neuropsicología se iría diferenciando en:

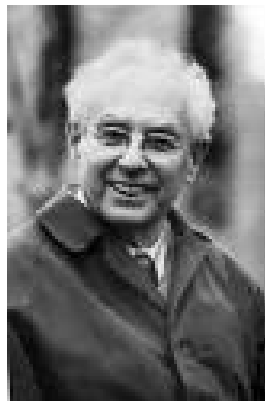
- Neuropsicología general, aplicada a la investigación básica.
- Neuropsicología clínica, orientada a la construcción de tests y métodos de rehabilitación programada para las distintas patologías.
- Neuropsicología aplicada, completa a la anterior en lo referido a la evaluación y rehabilitación.
- Neuropsicología del desarrollo, que a su vez complementa a la primera.

En los orígenes de la neuropsicología y en el estudio de lesiones cerebrales ya se establecía una separación entre dos enfoques diferentes: cualitativo vs. cuantitativo.

El **enfoque cuantitativo**, con un clara influencia psicométrica procedente de la psicología estadounidense, se basa en un estudio de las lesiones cerebrales realizado a partir de baterías estandarizadas, administradas por igual y en las mismas condiciones a todos los sujetos.

Este enfoque, también denominado como *evaluación fijada*, busca asegurar una fiabilidad entre pacientes y tiene como claro exponente la batería Halstead-Reitan.

Por el contrario, el **enfoque cualitativo** está basado en la escuela soviética y su metodología de la neurología comportamental de Luria.



Alexander Romanovich Luria (1902 - 1977)

Es un enfoque más flexible en la evaluación frente al cuantitativo, del que recibe precisamente como mayor crítica, la falta de validez científica: al conceder al criterio del examinador la toma de decisiones en el procedimiento de la evaluación, se da una gran variabilidad entre pacientes (Reitan, 1976).

El enfoque cualitativo, cuenta con una base teórica establecida sobre la *Teoría comprensiva de la organización funcional del cerebro* de **Alexander Romanovich Luria**, que formuló por primera vez en su libro *Higher cortical functions in man*.

Tras sucesivas aportaciones del autor y sus colaboradores a la teoría original, aparece divulgada al castellano por Christensen en 1987, con la obra *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*.

Como aspecto que cuenta a favor del modelo cualitativo, está la citada base teórica que establece la organización y funcionamiento de los sistemas cerebrales implicados en la regulación de la actividad psicológica humana, algo que ya es una aportación importante a la actual neuropsicología.

Es un enfoque que cuando emplea baterías de tests de forma sistemática al igual que el enfoque cuantitativo, lo hace de forma más flexible, buscando "*cualificar*" el síntoma de las lesiones cerebrales. Sostiene que sólo la evaluación individualizada de los sujetos permite una evaluación adecuada de los distintos tipos de déficit cerebral.

En el enfoque cualitativo, los tests neuropsicológicos estandarizados, como la propia Luria-DNA, no se usan como tales sino que se administran selectivamente según las respuestas previas del paciente, guiándose el administrador por su criterio personal en la etapa de evaluación selectiva (Christensen, 1979).

En este enfoque, la responsabilidad del uso de los tests recae en el administrador y en la selección que hace de los mismos, en la observación cualitativa y en la modificación de los procedimientos ya estandarizados.

A diferencia del enfoque cuantitativo, pueden deducirse varias características del enfoque cualitativo:

- el profesional debe estar altamente cualificado y familiarizado en la administración de los tests, así como en la lógica interpretación de los resultados.

- permite observar al clínico la forma en la que el paciente realiza los tests o los errores que comete, que son información tan valiosa como los resultados en sí mismos.
- permite la comprobación de hipótesis mediante la selección de tests o la modificación de los procedimientos a partir de las observaciones.

La batería **Luria-DNA (Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos)** elaborada por Christensen en 1987 es el claro representante del modelo cualitativo y según el autor, es selectiva a la vez que comprensiva:

- **Comprensiva** porque abarca los cinco dominios del funcionamiento cognitivo que es necesario identificar, medir y describir en cualquier deterioro según la práctica clínica: visoespacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención.
- **Selectiva** porque en un periodo corto de aplicación (entre cuarenta y sesenta minutos) es capaz de explorar los procesos superiores o complejos, según el orden que empleó Luria, de forma que cada grupo de ítems corresponde a uno de los procesos superiores correspondiente y para cada ítem se identifica en el cuaderno del examinador, tanto el material como las tarjetas requeridas.

La batería Luria-DNA es a la vez **sensible** pues es capaz de detectar cambios en las funciones cognitivas que corresponden a distintas zonas corticales, por lo que emplea pruebas específicas para cada zona y permite comparar el rendimiento del individuo con el del grupo normativo e incluso de dos grupos entre sí.

Permite comparar dentro del mismo perfil neuropsicológico los resultados que se han obtenido entre distintas áreas como la verbal y la visoespacial e incluso en distintas habilidades de la misma área, como entre las verbales receptivas y las expresivas.

Con la batería y el grado de sensibilidad que permite, se obtiene un **perfil neuropsicológico**, que posibilita valorar los puntos fuertes y débiles del sujeto evaluado respecto a tres grupos normativos diferenciados según su nivel formativo (hasta bachillerato o equivalente, universitarios y licenciados).

Puede considerarse como una batería cuantitativa-cualitativa, que pese a poder recoger valiosa información con cierta flexibilidad, según la pericia del administrador, garantiza la suficiente fiabilidad requerida en una batería neuropsicológica de estas características, superior a la de cualquier test individual, tal y como exponen Russell, Russell y Hill (2005).

Así por ejemplo, Hofer et al. (2007) encuentran una baja correlación entre el componente cognitivo de la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), empleado comúnmente en el ámbito psicopatológico para evaluar pacientes esquizofrénicos, y la actuación en baterías neuropsicológicas.

Concluyen que en el estudio clínico de los déficits cognitivos de sujetos con esquizofrenia, el uso de la PANSS no es una alternativa viable en la búsqueda de información sobre su funcionamiento cognitivo, frente a las actuales baterías neuropsicológicas, tal y como habían apuntado anteriormente Harvey et al. en 2001.

Es **cuantitativa** porque es un test estandarizado que permite comparar las respuestas del paciente frente a sujetos normales de su grupo normativo o con las mismas respuestas obtenidas anteriormente como línea base.

Se obtienen unas puntuaciones directas para cada una de las áreas evaluadas del sujeto, a la vez que típicas, tras ser comparadas con los baremos de su grupo normativo, algo que nos permite obtener un perfil neuropsicológico.

Estos datos psicométricos pueden compararse con los obtenidos por otros profesionales y usarse en contextos de investigación neuropsicológica.

Por otro lado, los resultados obtenidos no sólo se usan con fines diagnósticos, sino que son útiles para elaborar programas de rehabilitación y seleccionar estrategias de intervención (Manga y Ramos, 2000).

Es a la vez **cualitativa** de forma que la misma puntuación puede obtenerse en cada área de formas diferentes o puntuar menos sin que signifique menos capacidad.

Las puntuaciones bajas en la capacidad evaluada pueden deberse a variables diferentes, como falta de motivación, ansiedad o problemas de atención, variables que los tests cualitativos no son capaces de detectar y que en en caso de los cuantitativos, son registradas por el administrador.

En el caso del Luria-DNA el evaluador anota estos aspectos importantes de dos formas distintas:

Por un lado, registra como **observaciones** al finalizar cada subtest, los aspectos relevantes en la forma en la que el sujeto realiza los distintos ítems.

Por otro, anota las **vacilaciones** en la ejecución del sujeto, aportando una importante información *cualitativa* que no pueden detectar los tests cuantitativos, ya que puede contestar correctamente a cualquier ítem tras haber corregido la respuesta o dudado de forma significativa. Las vacilaciones se registran puntualmente por el administrador a la vez que contesta el paciente y se contabilizan el número y tipo al final de cada subtest, penalizando así mismo en la puntuación obtenida.

Se diferencian tres tipos de vacilaciones:

- De imprecisión: cuando el sujeto presenta dudas, titubeos, imprecisiones o correcciones para presentar la respuesta válida durante el tiempo asignado, que suele ser de diez segundos.

- De atención: cuando el administrador tiene que repetir las instrucciones del ítem, bien a petición del paciente o si el administrador observa falta de atención.
- De tiempo: si el paciente da la respuesta correcta fuera del tiempo asignado para contestar el ítem.

Respecto a las áreas que pueden explorarse con el Luria-DNA, encontramos que cada una de las cuatro se desglosa en dos subtests diferenciados, que permiten contrastes entre ambos.

Así cada subtest evalúa determinadas capacidades neurocognitivas, algo que permite detectar déficits localizados en zonas cerebrales concretas. Las áreas y subtests de cada una son las siguientes:

- **Área Visoespacial.** En esta área se valoran las funciones verbales superiores, que requieren específicamente una gran activación del hemisferio cerebral derecho. Se compone de dos subtests:

- Subtest 1: Percepción visual.

Asociada a las zonas corticales occípito-parietales, se explora mediante un subtest que evalúa la actividad perceptiva del sujeto y más en concreto, la representación pictórica de objetos.

El sujeto debe nombrar dibujos de objetos enmascarados en otros más complejos o identificar partes que faltan en una estructura, algo que es deficitario en trastornos como la agnosia visual.

- Subtest 2: Orientación espacial.

Esta actividad compleja se centra en zonas inferoparietales y parieto-occipitales del córtex.

Este subtest explora la capacidad de manejo de coordenadas espaciales, así como la síntesis de información espacial, tanto de actividad constructiva compleja como de operaciones intelectuales.

- **Área de Lenguaje.** En el área lingüística intervienen componentes neurocognitivos sumamente complejos y diversos, aunque el habla se puede clasificar en dos categorías bien diferenciadas, como son habla receptiva y productiva, ambas estrechamente relacionadas con el hemisferio izquierdo.

- Subtest 3: Habla receptiva.

En esta capacidad se ven implicados los sistemas parieto-occipitales del hemisferio izquierdo así como el área de Wernicke (área de comprensión del lenguaje).

El subtest explora mediante ítems que piden por ejemplo el reconocimiento de palabras aisladas, comprensión de frases que deben ordenarse sintácticamente o retención en la memoria de frases.

- Subtest 4: Habla expresiva.

Se relaciona con distintas zonas corticales del hemisferio izquierdo.

El subtest explora la producción del habla mediante repetición de palabras y frases, incluir palabras en una secuencia, producción de nombres genéricos y el habla narrativa mediante series de palabras y oraciones con palabras desordenadas.

- **Área de Memoria.** Es una de las áreas más estudiadas y evaluadas desde la neuropsicología, siendo abordada desde dos niveles distintos, uno ligado al proceso inmediato de percepción y registro (memoria inmediata) y otro ligado a formas intelectuales más elaboradas, de forma que el recuerdo del material se hace mediante ayudas indirectas (memoria lógica).

o Subtest 5: Memoria inmediata.

Se explora mediante el aprendizaje de diez palabras no relacionadas que el sujeto debe recordar en cinco intentos, el recuerdo verbal de palabras, números y frases, a veces con interferencias y el recuerdo de información sobre una historia corta que se lee al sujeto.

o Subtest 6: Memorización lógica.

Su déficit se asocia a una disfunción o lesión en los lóbulos frontales. Se explora mediante la asociación entre tarjetas con objetos/imágenes y palabras asociadas a cada una de ellas o entre expresiones o palabras y dibujos que realiza el propio sujeto.

- **Área de Procesos Intelectuales.** Se trata de detectar la presencia de déficits en la actividad constructiva de los sujetos, algo que revela un deterioro intelectual general.

o Subtest 7: Dibujos temáticos y textos.

El subtest explora la comprensión de mensajes expresados de forma pictórica y verbal, que por ejemplo sólo pueden llegar a entenderse tras un trabajo deductivo por parte del sujeto. También incluye la comprensión de metáforas y expresiones que requieren una elaboración intelectual que va más allá de su significado literal.

o Subtest 8: Actividad conceptual y discursiva.

Explora la formación de ideas abstractas o conceptos mediante la comparación de ideas, que requieren el paso de operaciones concretas al nivel de categorías. Incluye una segunda parte que pide la solución de problemas matemáticos que requieren realizar varias operaciones y que son cada más complejos.

- **Prueba de Atención.** Aunque no se considera la atención como función cognitiva en sí misma, la atención-concentración se evalúa a menudo en neuropsicología en lo que se refiere a estado de alerta, actividad selectiva y vigilancia. Evalúa la atención sostenida y selectiva del paciente durante la administración de la batería.

Se incluye entre los subtests 2 y 3 y se explora mediante respuestas de contrarios, de forma que sea necesaria la inhibición de respuestas automatizadas, asociación de respuestas u omisión ante sonidos difíciles de discriminar (p. ej. "p" y "b") y la atención sostenida al tener que discriminar palabras que no tengan un determinado fonema.

En la siguiente tabla se incluyen las **medias y desviaciones típicas** para los tres niveles de educación, obtenidas en el total de 154 sujetos normales y que servirán para la baremación de los resultados que se obtengan con la administración de la batería Luria-DNA:

Tabla 8. LURIA-DNA: Datos normativos (Medias y desviaciones típicas).

	BUP (N=31)		UNIV. (N=91)		LICENC. (N=32)	
	Media	D.t.	Media	D.t.	Media	D.t.
Edad	18.8	5.0	20.5	1.5	28.1	7.7
Subtest 1	10.9	1.6	11.5	2.2	12.5	2.1
Subtest 2	15.0	2.8	15.2	2.9	15.4	3.4
Área Visoespacial	25.8	3.3	26.8	3.9	27.9	4.5
Subtest 3	20.0	3.6	21.7	3.0	23.0	3.6
Subtest 4	11.2	3.8	13.9	2.8	14.7	2.9
Área Lenguaje Oral	31.2	6.2	35.6	4.7	37.6	5.1
Subtest 5	30.8	4.1	33.7	3.9	33.7	2.7
Subtest 6	18.9	1.8	20.2	2.2	20.7	2.0
Área de Memoria	49.7	4.7	54.0	5.0	54.4	4.1
Subtest 7	16.3	2.2	16.4	2.5	17.8	2.4
Subtest 8	13.8	4.5	14.3	3.5	16.2	4.5
Área de Procesos Intelectuales	30.0	4.7	30.7	4.7	34.0	5.6
Control Atencional	19.8	2.1	20.5	1.4	20.7	1.3
TOTAL	156.6	17.3	167.0	16.8	167.7	14.0

Por último se obtiene un **perfil neuropsicológico** del sujeto, según las puntuaciones obtenidas en la batería Luria-DNA:

PRUEBAS		SUBTEST											
		T	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0	
		+4	+3	+2	+1	X	-1	-2	-3	-4	-5		
ÁREA VISOESPACIAL	1	Percepción visual											
	2	Orientación espacial											
ÁREA DEL LENGUAJE ORAL	3	Habla receptiva											
	4	Habla expresiva											
ÁREA DE LA MEMORIA	5	Memoria inmediata											
	6	Memorización lógica											
ÁREA INTELECTUAL	7	Dibujos esquemáticos y textos											
	8	Actividad conceptual y discursiva											
		CONTROL ATENCIONAL											
		PUNTUACIÓN TOTAL											

Figura 8. Perfil Neuropsicológico del sujeto en la Batería Luria-DNA.

APROXIMACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

El **objetivo general** consiste en realizar sobre una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, un estudio de sus rasgos de personalidad, nivel de fallos cognitivos, ideación mágica y autoconciencia (rumiación-reflexión), así como de las principales funciones neuropsicológicas, incluida la de preferencia manual, para comparar dichas variables con las de otros pacientes no psicóticos (con trastornos de personalidad o depresivos) y con una submuestra de sujetos normales que cursan estudios universitarios.

Objetivos específicos

- 1) Estudiar la variable denominada **fallos cognitivos**, evaluada mediante el *Cognitive Failures Questionnaire* (CFQ) en cada uno de sus cinco factores, dentro de cuatro submuestras realizadas según su diagnóstico, que componen el total de la muestra clínica, así como su relación con las dos variables de autoconciencia: rumiación y reflexión.
- 2) Estudiar la distribución de la **ideación mágica**, medida mediante el *Magical Ideation Scale* (MIS) dentro de dos submuestras, una clínica y otra normal, así como sus relaciones con el resto de variables estudiadas.
- 3) Realizar un estudio de las **dimensiones de personalidad** de Eysenck (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) presentes en una muestra clínica de sujetos diagnosticados de algún tipo de psicosis, frente a una muestra de sujetos no psicóticos y otra de sujetos normales, estudiantes universitarios.

- 4) Realizar un estudio de las posibles relaciones existentes en la muestra clínica de la variable **esquizotipia** con otras variables como son dimensiones de personalidad, autoconciencia (rumiación-reflexión), ideación mágica y fallos cognitivos.
- 5) Estudiar las dos variables de **autoconciencia** (rumiación y reflexión), evaluadas mediante el *Rumiation and Reflection Questionnaire* (RRQ), tanto en muestra clínica como normal y su relación con el resto de variables evaluadas: dimensiones de personalidad, estilos de personalidad, fallos cognitivos e ideación mágica.
- 6) Estudiar la **lateralidad** y más en concreto, la **preferencia manual** de una muestra de sujetos psicóticos, medida mediante el *Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo*, para su comparación con otras dos submuestras, una de sujetos no psicóticos y otra de sujetos normales que cursan estudios universitarios.

También se estudiará la relación existente en estas submuestras entre la preferencia manual, tomado el **cociente de lateralidad manual** como variable independiente, con otro tipo de variables como dimensiones de personalidad, estilos de personalidad, fallos cognitivos ó ideación mágica, tomadas como variables dependientes.

- 7) Estudiar diversas **variables neuropsicológicas** evaluadas mediante el LURIA-DNA, de una muestra clínica de personas diagnosticadas con algún tipo de psicosis.

Dentro de la muestra clínica de psicóticos, se prestará especial atención a las características neuropsicológicas de los sujetos con diagnóstico de **esquizofrenia paranoide**.

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y METODOLOGÍA

6. 1. PARTICIPANTES EN LA MUESTRA.

6. 1. 1. MUESTRA CLÍNICA

En la siguiente tabla se presenta una relación del total de usuarios que son evaluados en cada uno de los dispositivos y que componen la **muestra clínica**.

Se diferencia a su vez en la muestra clínica, entre psicóticos y no psicóticos, según los criterios diagnósticos reconocidos internacionalmente en la CIE-10 y el DSM-IV.

Tabla 9. Relación de sujetos evaluados (Psicóticos y No psicóticos) en cada uno de los dispositivos de la muestra clínica obtenida (N=154).

Tipo Disp.	Ref. Disp.	DISPOSITIVO	Psicó Ticos	No Psicó Ticos	TOTAL (por dispositivo)
A	1	C.R.P.S. San Juan de Dios (León)	48	25	73
A	2	C.R.P.S. San Juan de Dios (Palencia)	7	1	8
A	3	C.R.P.S. Real Fundación Hospital de la Reina (Ponferrada)	13	5	18
B	4	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. (Burgos) Complejo Asistencial de Burgos Hospital "Fuente Bermeja"	7	4	11
B	5	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. (León) Hospital de León. Edificio Santa Isabel	19	5	24
C	6	Unidad de Convalecencia Psiquiátrica. (León) Hospital de León. Edificio Santa Isabel	8	3	11
D	7	Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia. (León) Hospital de León. Edificio Santa Isabel	9	0	9
TOTAL MUESTRA			111	43	154

Nota: C.R.P.S. = Centro de Rehabilitación Psicosocial ; Disp. = Dispositivo.

Así vemos que el total de la muestra clínica se compone de **154** sujetos, de los cuales, **111 son psicóticos** (su diagnóstico entra dentro de la categoría de trastornos psicóticos), mientras que **43 son no psicóticos**.

Dentro de la muestra clínica, el grupo más numeroso (casi la mitad, con 73 usuarios), está formada debido a motivos de disponibilidad de la muestra, por usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios de León, centro concertado con la Gerencia de Atención Especializada del Area de Salud de León.

En el momento de la evaluación, son mínimos los casos de usuarios que son excluidos de la muestra clínica (ver el caso nº 1, en el apartado Casos ilustrativos).

Todos ellos están diagnosticados dentro de algún tipo de enfermedad mental crónica, también llamadas graves y de larga duración. Presentan durante el ingreso estado de compensación, sin presencia de clínica que interfiera en la ejecución de las pruebas, así como adherencia al tratamiento farmacológico, que siguen correctamente los sujetos de la muestra en su totalidad.

El perfil general de usuario que forma la muestra viene descrito en la definición ya clásica que hace Goldman, Gatozzi y Tanbe (1981) de **persona con enfermedad mental grave y crónica**, citada a continuación:

"personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algunos momentos de sus vidas, variando su duración según los casos".

En otra definición posterior, se sustituye el término *enfermo mental crónico* por el de *trastorno mental severo*, para evitar la connotación negativa y estigmatizante que lleva asociada la cronicidad.

La definición posterior de persona con trastorno mental severo (TMS) fue propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 y supone la interacción de tres dimensiones (Rodríguez y González, 2002):

1. Diagnóstico: se incluyen en el término anterior las personas que tienen algún diagnóstico de psicosis funcional (no orgánica o sujetos con más de 65 años, que serían atendidos en otro tipo de dispositivos).

Los pacientes con trastornos de personalidad, aunque quedan fuera de esta dimensión, han sido incorporados al grupo de los TMS.

2. Discapacidad: los sujetos con TMS sufren varias discapacidades en el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

Así las personas con esquizofrenia sufren déficits en alguna o varias de las siguientes grandes áreas: autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y funcionamiento laboral.

3. Duración: se propone un periodo de dos años de duración de tratamiento aunque no de la enfermedad, ya que suele haber un periodo premórbido y/o de sintomatología activa sin tratar de difícil cuantificación.

Con este criterio se pretende discriminar personas con trastornos de duración prolongada de aquellos que aun presentando síntomas graves, tienen un periodo de corta evolución e incluso un diagnóstico poco definido.

Aplicando estos tres criterios y basándose en varios estudios epidemiológicos como los realizados en Londres o en Verona, que encuentran una prevalencia anual de psicosis de 7.84/1000 y de 3.41/1000 habitantes respectivamente, así como en otros similares en Italia, Reino Unido (con 2.55/1000) y en varios países europeos, podemos afirmar que el **40 % de los trastornos psicóticos** y el **9 % de los no psicóticos, cumplen criterios de TMS.**

En general, la definición de persona con enfermedad mental grave y prolongada, pese a ser inicialmente amplia, incluye un grupo de pacientes que se diferencian del resto de usuarios de la red de asistencia psiquiátrica (IMSERSO, 2003).

Aunque habitualmente esta población incluye diagnósticos de tipo psicótico (esquizofrenia y trastorno bipolar), en la publicación citada anteriormente se explica que en dicha definición pueden incluirse otros tan limitantes como depresión mayor e incluso el trastorno obsesivo-compulsivo.

Se remarca en esta definición el importante deterioro social que conlleva y que se manifiesta en:

- Abulia: pérdida total o parcial de la iniciativa.
- Astenia: falta de capacidad para mantener el rendimiento en cualquier actividad.
- Apatía: falta de interés y motivación por lo que le rodea.
- Autismo y aislamiento social, rechazando y evitando cualquier compañía.
- Conducta asocial, con pérdida de autonomía y habilidades sociales.

Como consecuencia de este deterioro, los pacientes sufren frecuentes ingresos y reagudizaciones, algo que conduce al llamado *síndrome de puerta giratoria*.

Dentro de la población mental crónica descrita anteriormente, el perfil de usuario que forma parte de la muestra clínica se corresponde al especificado en los criterios de admisión de Centros de Rehabilitación Psicosocial (Sacyl, 2002).

Estos criterios establecen tener una edad entre 18 y 60 años, diagnóstico de enfermedad mental grave y prolongada, ser usuario/a de la red pública de asistencia psiquiátrica y presentar al ingreso en el recurso, una situación clínica estabilizada y con un tratamiento bien definido.

Como criterios de exclusión se establecen los de presencia de drogodependencia o alcoholismo asociado o dominante, que imposibilite el trabajo de rehabilitación, no presentar conductas disruptivas y/o excesivamente conflictivas, ni retraso mental que impida el trabajo terapéutico.

A estos criterios de inclusión y exclusión debe añadirse explícitamente la voluntariedad del usuario en la asistencia al centro, así como su colaboración en las fases del programa de rehabilitación propuesto, por lo que se trata de usuarios que presentan posibilidades de rehabilitación e integración social, familiar y laboral.

Los usuarios de la muestra mantienen una relación de confianza terapéutica ya establecida con el examinador (psicólogo del centro), de forma que se intentan controlar variables situacionales y personales de ansiedad, que puedan interferir en los resultados obtenidos.

Se excluyen de la muestra aquellos usuarios que presenten una clínica que pueda interferir en la ejecución de las pruebas (ansiedad ante situación de exámen o sentirse evaluado, presencia de algún trastorno de pensamiento que interfiera en atención y concentración...) tal y como se describe en los casos ilustrativos.

Las dificultades metodológicas para encontrar una muestra clínica homogénea, que colabore en el proceso de evaluación, en un entorno familiar y con su terapeuta habitual, hacen que la información obtenida deba valorarse con un componente, no cuantificable eso sí, de cierta validez respecto a los datos obtenidos.

Respecto al **diagnóstico**, la muestra clínica (**N=154**) se compone mayoritariamente de sujetos diagnosticados dentro de una **patología psicótica (N=111)**, siendo la **esquizofrenia paranoide** con **59 casos** (tal vez alguno más ya que hay 7 casos con un diagnóstico de esquizofrenia sin más especificación) el diagnóstico más numeroso en este grupo.

En contraposición, encontramos otro gran grupo de diagnósticos, aunque menos numeroso que el anterior, denominado **no psicóticos (N=43)** y que engloba trastornos del estado de ánimo (F30 a F39) con 11 casos, trastornos de ansiedad (F40 a F49) con 7 y trastornos de la personalidad (F60 a F69) con 25 casos.

El desglose del número de casos de la muestra clínica para cada tipo de diagnóstico representado en las siguientes tablas, nos revela el grado de variabilidad de dicha muestra respecto a esta variable. Así, en la siguiente tabla se muestran las frecuencias para cada diagnóstico (según CIE-10) dentro de la submuestra de **psicóticos**, que suman un total de 115 sujetos de la muestra clínica estudiada:

Tabla 10. Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos psicóticos (N=111).

F20-29 Trastornos psicóticos	
N	TIPOS
7	F20.xx Esquizofrenia (295.x0)
59	F20.0x Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30)
3	F20.1x Tipo desorganizado de esquizofrenia (295.10)
0	F20.2x Tipo catatónico de esquizofrenia (295.20)
5	F20.3x Tipo indiferenciado de esquizofrenia (295.90)
15	F20.5x Tipo residual de esquizofrenia (295.60)
3	F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)
4	F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)
1	F22.0 Trastorno delirante (297.1)
1	F23.1 Trastorno psicótico agudo
1	F23.2 Trastorno psicótico de tipo esquizofrénico
9	F25.x Trastorno esquizoafectivo (295.70)
3	F29 Trastorno psicótico no especificado (298.9)

En las tres siguientes tablas se muestran las frecuencias para cada diagnóstico (según CIE-10) dentro de la submuestra de **no psicóticos**, que suman un total de **43 sujetos** de la muestra clínica estudiada:

Tabla 11. Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos del estado de ánimo.

F30-F39 Trastornos del estado de ánimo (N=11)	
N	TIPOS
3	F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)
1	F33.3 Trastorno depresivo, episodio actual grave
1	F32.1 Trastorno depresivo moderado (296.2)
2	F34.1 Trastorno distímico (300.4)
4	F31.9 Trastorno bipolar no especificado (296.80)

Tabla 10. Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos de ansiedad.

F40-F49 Trastornos de ansiedad (N=7)	
N	TIPOS
1	F40 Trastorno de ansiedad fóbica
1	F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)
1	F40.1 Fobia Social (300.23)
3	F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)
1	F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

Tabla 13. Distribución de muestra clínica por diagnóstico en Trastornos de personalidad.

F60-F69 Trastornos de personalidad (N=25)	
N	TIPOS
3	F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)
3	F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)
10	F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (301.9)
9	F61.0 Trastorno mixto de la personalidad

6. 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las pruebas que se han aplicado para la presente investigación, aportan distintas variables que nos permitirán valorar el grado de consecución de los objetivos planteados.

Las pruebas aplicadas en la muestra son las descritas en la siguiente tabla:

Tabla 14. Instrumentos de evaluación empleados.

1	LURIA-DNA (Manga y Ramos, 2000).
2	<i>Cuestionario Revisado de Personalidad: EPO-R</i> (Eysenck y Eysenck, 1997).
3	<i>Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER)</i> de Caballo y Valenzuela (2001).
4	Cuestionario de Auto-conciencia (<i>Rumiation Reflection Questionnaire, RRO</i>) de Trapnell y Campbell (1999).
5	Cuestionario de Fallos Cognitivos (<i>Cognitive Failures Questionnaire, CFQ</i>) de Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (1982).
6	Escala de Ideación Mágica (<i>Magical Ideation Scale, MIS</i>) de Eckblad y Chapman (1983).
7	Cuestionario de Preferencia Manual (<i>Edinburgh Handedness Inventory, EHI</i>) de Oldfield (1971).

6. 2. 1 DESCRIPCION DE CADA INSTRUMENTO

En una breve descripción de cada instrumento, presentaremos las características fundamentales de cada una de las pruebas con las que se ha evaluado la muestra de la investigación.

En el apartado Anexos, se presentan todos los instrumentos descritos a continuación, salvo el Luria-DNA, en cuyo apartado se presenta únicamente la portada del cuadernillo (**Anexo 14**) y la hoja del perfil del cuadernillo (**Anexo 15**).

1. **LURIA-DNA** (Manga y Ramos, 2000).

En el capítulo 6 del Manual de la Bateria Luria-DNA (*Construcción y organización de la batería Luria-DNA*, pág. 47) se presentan, entre otras cuestiones, sus principales características (apartado 6.1), áreas de exploración (apartado 6.2) y material necesario y normas de aplicación (apartado 6.3.).

Respecto a las principales características y áreas que se pueden explorar con la batería Luria-DNA, ya han sido descritas anteriormente en el punto 4. 2. Evaluación neuropsicológica: la batería Luria-DNA.

La batería está basada en los métodos que empleaba Luria, según los expone Christensen (1987) y cumple además según los autores, con las características principales que requieren este tipo de baterías neuropsicológicas para ser útiles y son las de cumplir con los requisitos de minuciosidad y tiempo

Como ya se explicó en el apartado anteriormente citado, la batería Luria-DNA es a la vez tanto **comprehensiva** (abarca los cinco dominios del funcionamiento cognitivo que la práctica clínica considera preferentes en la exploración de un posible deterioro: capacidades visoespaciales, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención) como **selectiva** (con gran economía de tiempo, aproximadamente 40 minutos explora los procesos psicológicos superiores o complejos).

Se presenta también como una batería que cumple el criterio de ser **sensible** al ofrecer un **perfil neuropsicológico** con múltiples posibilidades de comparación, permitiendo al mismo tiempo que sus puntos fuertes y sus puntos débiles sean interpretables a la luz de la teoría neuropsicológica de Luria.

Es una batería **tanto cuantitativa como cualitativa**. Incluye por un lado características propias de los tests estandarizados: proporciona la objetividad necesaria que permite al examinador comparar las respuestas de un paciente con sujetos normales de la misma edad y nivel educativo, o con puntuaciones del propio paciente obtenidas con anterioridad; también genera datos psicométricos que pueden fácilmente comunicarse a otros profesionales, o incluso usarse como investigación.

Por el otro permite la observación y anotación durante la realización de las pruebas de respuestas simplemente incorrectas que en modo alguno son equiparables a respuestas de perseveración, por ejemplo, o a otras rarezas.

Las puntuaciones bajas, además, pueden deberse a razones distintas de la falta de capacidad, como son la falta de motivación, la ansiedad o los problemas de atención. Por todo ello, las características cualitativas de la realización de las pruebas han de aprovecharse también como índices útiles para valorar adecuadamente la efectividad intelectual y cognitiva del paciente.

En la batería Luria-DNA el aplicador anota sus observaciones sobre el modo de realización de las pruebas en el espacio reservado al efecto al final de cada uno de los 8 subtests más la prueba de atención, al tiempo que también va registrando el número y tipo de vacilaciones detectadas en las respuestas del paciente.

Las vacilaciones pertenecen a la dimensión cualitativa de la evaluación y son tanto respuestas conceptual o lingüísticamente imprecisas (tipo I, de imprecisión), como respuestas correctas fuera de tiempo por haber resultado éste insuficiente para tal ítem (tipo T, de tiempo), o bien respuestas a algún ítem para el que el paciente ha pedido que se le repita y denota falta de atención (tipo A, de atención).

Las **áreas** que se pueden explorar con la batería Luria-DNA son:

Área visoespacial. Se exploran en ella las funciones visuales superiores. Consta de dos subtests:

Subtest 1: Percepción visual. Explora la percepción a través de la representación pictórica de objetos. Se requiere una capacidad compleja que se asocia a zonas occipito- parietales del córtex.

Subtest 2: Orientación espacial. Explora la capacidad para manejar coordenadas espaciales esenciales. El substrato cortical principal de esta actividad constructiva se halla en zonas inferoparietales y parieto-occipitales del córtex.

Área de Lenguaje. Explora la comunicación verbal en las dos grandes categorías del habla, recepción y producción. Consta de dos subtests:

Subtest 3: Habla receptiva. Explora el reconocimiento de palabras aisladas, señalando el sujeto sobre sí mismo o en tarjetas. Se consideran implicados los sistemas parieto-occipitales del hemisferio izquierdo, junto con la zona de comprensión del habla, o área de Wernicke.

Subtest 4: Habla expresiva. Explora la producción del habla mediante repetición de palabras, secuencias de palabras y frases y con ello el daño de zonas corticales diversas del hemisferio izquierdo.

Área de Memoria. Los procesos mnésicos constituyen uno de los campos más importantes de exploración neuropsicológica. Consta de dos subtests que evalúan dos tipos diferentes de memoria:

Subtest 5: Memoria inmediata. Evalúa un tipo de memoria más vinculado al proceso de percepción y abarca la consolidación directa de impresiones que alcanzan al sujeto.

Subtest 6: Memorización lógica. Evalúa otro tipo más vinculado a las formas intelectuales complejas. El déficit en la utilización de medios auxiliares activos al servicio de los procesos mnésicos e intelectuales se asocia con disfunción de los lóbulos frontales.

Area de Procesos intelectuales. Se explora la actividad constructiva de los sujetos.

Subtest 7: Dibujos temáticos y textos. Explora la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal.

Subtest 8: Actividad conceptual y discursiva. Explora cómo se forman los conceptos y la capacidad del sujeto de pasar del nivel de operaciones concretas al nivel de categorías (nivel de abstracción), así como la actividad intelectual discursiva y de solución de problemas.

Prueba de Atención. Las funciones de la atención juegan un importante papel en el funcionamiento cognitivo, ya que puede darse un déficit por alerta insuficiente a la estimulación del ambiente, por fluctuaciones de la atención selectiva o por dificultades en mantener la atención focalizada durante un tiempo prolongado. Consta de cinco ítems que ponen a prueba el estado de la capacidad de atención selectiva y sostenida del paciente.

En lo relativo al **material necesario** para poder aplicar la batería Luria-DNA, consta además del Manual, del Cuaderno del examinador, las Tarjetas y el cronómetro (además de otros pequeños objetos de uso muy corriente).

El Cuaderno del examinador contiene 81 ítems, distribuidos en los 8 subtests (dos por cada una de cuatro áreas) y la Prueba de atención anteriormente comentada, dedicando la primera página a identificación del sujeto y recogida de las puntuaciones (ver Anexo 14).

En los ítems se dan instrucciones para su aplicación y puntuación, además de disponer de espacios donde se anotarán los fallos y respuestas atípicas. El principio general es que se pueden obtener hasta dos puntos por ítem, pero si en un ítem se puede obtener mayor puntuación, deberá explicarse en él cuál es su puntuación máxima y el modo de obtenerla.

Los 81 ítems están numerados según el orden que deberá seguirse en su aplicación, y cada uno indica qué tarjetas necesita, cuando es necesario para su aplicación. En la batería Luria-DNA se utilizan un total de 91 tarjetas.

En los márgenes de la derecha de cada ítem hay dos columnas, una para la puntuación obtenida en los ítems (Punt.), y otra para anotar el tipo y número de Vacilaciones observadas en la realización de cada uno de los ítems (Vacil.).

Al final de cada subtest se anota el total de puntos en él obtenidos (suma de la columna de puntuaciones) y se reserva un recuadro para anotar observaciones sobre el modo de realización del subtest y el número de vacilaciones en cada uno de los tres tipos. Estas puntuaciones totales del subtest son las que se trasladarán más tarde a la Hoja de Puntuaciones.

Al final del Cuaderno del examinador va la Hoja del sujeto, hoja que habrá de utilizarse en los ítems 10, 11, 16, 28, 48, 61 y 62. Esta hoja deberá desprenderse del Cuaderno para que el sujeto pueda escribir en ella, copiar, o dibujar lo requerido por los citados ítems.

Una vez finalizada la evaluación neuropsicológica, se anotan las puntuaciones obtenidas en la portada del cuadernillo (Anexo 14) para cada subtest. En concreto se anotan para cada subtest, puntuaciones directas, puntuaciones típicas (tras consultar los baremos para cada nivel de educación: hasta BUP, estudiantes universitarios y licenciados) y por último, número de vacilaciones.

Las puntuaciones típicas se trasladan para finalizar, a la última página del Cuaderno del examinador, que es la Hoja del perfil del cuadernillo (Anexo 15), en la que se refleja el **perfil neuropsicológico** del sujeto evaluado.

El material necesario que resta para la aplicación de la batería Luria-DNA consiste en un cronómetro y varios objetos: un llavero, una moneda, un lápiz, una llave y un borrador.

Por último, en lo referente a las **normas de aplicación**, deben tenerse en cuenta estos aspectos generales:

- Se necesita un cronómetro, pues la precisión en el registro del tiempo que se tarda en responder es importante: es un criterio clave para la valoración o bonificación de puntos en gran número de Ítems.
- Si en el ítem no se expresa otra cosa (ni en las normas específicas para el mismo), se puntúa siempre con dos puntos. Cada fallo dentro de él resta un punto.
- Existen dos columnas para anotar en el margen derecho de las páginas del Cuaderno del Examinador. La primera, para anotar los puntos obtenidos en el ítem. La segunda (Vacil.) permite anotar las diversas Vacilaciones observadas en dicho ítem poniendo una I, una A o una T. Existen tres tipos de Vacilaciones:
 - De Imprecisión (**I**): dudas, titubeos, imprecisiones o correcciones válidas dentro del tiempo asignado.
 - De Atención (**A**): excepcionalmente se pueden repetir las instrucciones de un ítem si se ha observado falta de atención manifiesta en el sujeto, o si éste lo solicita.
 - De Tiempo (**T**): no se conceden más de 10 segundos para una respuesta. Cualquier contestación fuera de tiempo, si es correcta, puntúa como tal, anotándose Vacilación de Tiempo.

Las Vacilaciones en un ítem no impiden la puntuación correcta en el mismo. El número y tipo de Vacilaciones de cada subtest se trasladan al recuadro de Observaciones de realización del subtest, desde donde se toman para anotarlas en las columnas correspondientes a Vacilaciones (Vacil.) de la Hoja de puntuaciones de la Batería.

- La puntuación total del subtest que aparece en la Hoja de puntuaciones resulta del total de puntos en los ítems, menos la penalización por Vacilaciones (cada vacilación resta 1/4 de punto).
- En cuanto a las correcciones, cuando el sujeto dentro de los límites de tiempo corrige una respuesta incorrecta y da la contestación adecuada, se valorará su respuesta como correcta, pero se anotará Vacilación de imprecisión.

2. Cuestionario Revisado de Personalidad (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised* EPQ-R) de Eysenck y Eysenck (1997).

En la ficha técnica del Manual del Cuestionario Revisado de Personalidad (Eysenck y Eysenck, 1997) se especifican sus principales características.

El EPQ-R recibe el **nombre original** de Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS).

Los **autores** son Hans J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck (1991).

La **adaptación** española corresponde a Generós Ortet i Fabregat, Manuel Ignacio Ibáñez Ribes, Micaela Moro Ipola (Universitat Jaume I de Castelló) y Fernando Silva Moreno (Universidad Complutense de Madrid).

La **aplicación** del EPQ-R es tanto individual como colectiva, a partir de los 16 años y el tiempo, entre 15 y 30 minutos.

Su **finalidad** es la evaluación de tres dimensiones básicas de la personalidad:

- Extraversión ó escala E.
- Emotividad, escala de neuroticismo ó N.
- Dureza, escala de psicoticismo o P.

Incluye además una escala adicional de Disimulo/Conformidad (denominada L) y que mide la tendencia del sujeto a disimular aspectos de su personalidad, mostrando aquellos socialmente más atractivos.

El EPQ-R permitirá evaluar estas tres dimensiones básicas de personalidad, además de la escala adicional, por lo que aporta al estudio las siguientes cuatro **variables** de personalidad:

- **QR-E** (Extraversión): Medido en puntuaciones T obtenidas en la escala E del EPQ-R de Eysenck según baremos de edad y sexo. Se refiere al grado de extraversión del sujeto, presente en personas “sociables, activas y animadas”, dentro de un continuo introversión-extraversión.
- **QR-N** (Neuroticismo): Medido en puntuaciones T obtenidas en la escala N del EPQ-R de Eysenck según baremos de edad y sexo. Se refiere al grado de neuroticismo del sujeto, rasgo presente en personas “aprensivas, ansiosas y con humor deprimido”.
- **QR-P** (Psicoticismo): Medido en puntuaciones T obtenidas en la escala P del EPQ-R de Eysenck según baremos de edad y sexo. Se refiere al grado de psicoticismo del sujeto, que caracteriza a personas “impulsivas, creativas y poco socializadas”.
- **QR-L** (Disimulo/Conformidad): Medido en puntuaciones T obtenidas en la escala L del EPQ-R de Eysenck según baremos de edad y sexo. Pretende medir la “tendencia de algunas personas al falseamiento positivo” así como “algún grado de ingenuidad social o conformidad”. Debe tomarse como una medida de conformismo y baja sinceridad.

En el proceso de corrección, las puntuaciones directas obtenidas para cada dimensión, se bareman posteriormente según el sexo y grupo de edad en puntuaciones T, obteniéndose como resultado final el perfil del sujeto.

El **material** del cuestionario consta de: Manual , Ejemplar y Plantilla de corrección.

En el manual se presentan tanto la teoría de la personalidad de Eysenck, como la descripción de las dimensiones y escalas que se evalúan y las normas de aplicación, corrección e interpretación.

El ejemplar del EPQ-R incluye los ítems y las alternativas de respuesta (si/no), así como el perfil resultante.

La **versión** empleada en esta investigación es el EPQ Revisado (EPQ-R), que aparece en el **Anexo 9**.

En su adaptación española consta de 83 ítems, frente a las otras dos versiones del trabajo original (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985; Eysenck y Eysenck, 1991), en las que la versión original completa (EPQ-R) constaba de 100 ítems, mientras que la abreviada (EPQ-RS) constaba de 48 ítems, 12 por cada una de las escalas que los forman.

La mayoría de los ítems del EPQ-R son una traducción de las preguntas originales, pero el manual aclara que unos pocos ítems están pensados específicamente para esta adaptación, ya que resultan más adecuados para evaluar las cuatro dimensiones con la población española.

En concreto, el EPQ-R presenta 19 ítems para la escala E, 23 para la escala N, 23 para la escala P y 19 para la escala L.

La **tipificación** se realiza en baremos en puntuaciones T para cada sexo y en distintos grupos de edad.

3. Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER) de Caballo y Valenzuela (2001).

En la evaluación de personalidad de la muestra se emplea un segundo cuestionario denominado Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (**CEPER**), de Caballo y Valenzuela (2001).

En su versión original constituye un nuevo cuestionario para la evaluación de estilos de personalidad basados en los trastornos de personalidad propuestos por el DSM-IV (APA, 1994), tanto en la clasificación oficial como en el apéndice.

A través de sus 150 ítems evalúa catorce estilos de personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, depresivo y sádico. Incluye cuatro ítems de sinceridad para descartar la posibilidad de que el sujeto conteste a las preguntas al azar.

La respuesta a cada ítem se realiza mediante una escala tipo Lickert que va desde el 0 (nada característico de mí) hasta el 6 (totalmente característico de mí).

Basado en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon, 1994), en inglés, *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II) pretende que "*refleje más bien estilos de comportamiento y adopte **una posición más dimensional que categorial***" (Caballo y Valenzuela, 2001), matiz que enlaza con una de las líneas de investigación del presente estudio en la dicotomía enfoque dimensional vs categorial.

En algunos de los usuarios de la muestra, pertenecientes todos al Centro de Rehabilitación Psicosocial de León, se ha podido emplear el CEPER original de 150 ítems y se han podido evaluar los catorce estilos de personalidad.

Pero el CEPER empleado en la muestra de esta investigación, fundamentalmente en los usuarios del resto de recursos, no ha sido el original, sino que se han empleado dos versiones realizadas del mismo, que aparecen mostradas en el **Anexo 7** (versión de 3 factores) y en el **Anexo 8** (versión de 5 factores).

El motivo de realizar versiones reducidas del CEPER original obedece por un lado a la conveniencia de reducir el tiempo y esfuerzo necesarios para contestar al conjunto de los cuestionarios y por otro, a la **excesiva carga cognitiva necesaria para contestar a los 150 ítems del original**, dado que las características de muchos sujetos de la muestra clínica hacen inviable su administración.

Por ello, en un momento inicial se emplea una versión reducida de 3 factores, que llamaremos **CEPER-3** y que evalúa tres estilos de personalidad (Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico), precisamente los denominados como grupo A en el DSM-IV (APA, 1994).

Está formado por 34 ítems que se corresponden con los diez ítems originales del CEPER para cada uno de los tres estilos de personalidad citados, más los cuatro ítems originales de sinceridad. Se obtiene en cada una de las tres escalas, la misma puntuación directa obtenida en las mismas escalas del CEPER de original.

Posteriormente se emplea una segunda versión del original que evalúa esta vez cinco estilos de personalidad (Antisocial, Límite, Histriónico, Narcisista y Esquizotípico) y que llamaremos **CEPER-5**.

Se compone por 54 ítems que corresponden a su vez con los diez ítems originales del CEPER para cada uno de los estos cinco estilos de personalidad, más los cuatro ítems originales de sinceridad. Los datos obtenidos en estos cinco estilos de personalidad son equivalentes a los obtenidos en los mismos estilos de personalidad con el resto de la muestra que es evaluada con el CEPER original de 14 estilos.

Así, en los datos obtenidos de la muestra clínica mediante el CEPER se tienen en cuenta **sólamente** los recogidos para los estilos de personalidad *Antisocial*, *Límite*, *Histriónico*, *Narcisista* y *Esquizotípico*, mediante el CEPER-5 y el CEPER original.

Estas variables son denominadas para su análisis posterior como:

- **CEP-A:** corresponde al estilo de personalidad Antisocial.
- **CEP-L:** corresponde al Límite.
- **CEP-H:** corresponde al Histriónico,
- **CEP-N:** corresponde al Neurótico.
- **CEP-OT:** corresponde al Esquizotípico.

4. Cuestionario de Auto-conciencia (*Rumiation Reflection Questionnaire*, RRQ) de Trapnell y Campbell (1999).

Este cuestionario presentado en el **Anexo 10**, consta de dos partes de doce ítems cada una, denominadas Autoconciencia 1 y Autoconciencia 2, en la traducción realizada del original de Trapnell y Campbell de 1999.

El cuestionario RRQ es creado por Trapnell y Campbell para reflejar los rasgos de Neuroticismo entendido como Rumiación, frente al de Apertura a la Experiencia tomada como Reflexión.

Las dos escalas referidas, Rumiación y Reflexión, correlacionaban con las dos dimensiones de personalidad de Neuroticismo y Apertura a la Experiencia con una fiabilidad superior a 0.90 (Niebauer, 2004).

Por lo tanto son variables tomadas del modelo de personalidad "*Big Five*" (Goldberg, 1993; McCrae y Costa, 1995) y corresponden con las dimensiones de Neuroticismo (N) y Apertura mental (O).

En este estudio el RRQ se denomina Cuestionario de Autoconciencia, ya que se entiende este término no como algo unitario sino compuesto de dos tipos de análisis sobre uno mismo: aquél en el que la persona disfruta y se recrea analizándose a sí mismo (auto-reflexión) y otro (auto-rumiación) en el que la persona no es capaz de finalizar estos pensamientos para sacar conclusiones sobre sí mismo (Morin, 2002).

El Cuestionario de Autoconciencia consta de dos escalas de 12 ítems cada una, a los que se contesta de 0 a 5 según el grado de acuerdo con cada ítem. Para obtener la puntuación final deben invertirse las puntuaciones de los ítems 6, 9 y 10 de la primera parte y de los ítems 1, 2, 5, 8 y 12 de la segunda. En el resto de ítems, se suman las puntuaciones directamente.

Estas escalas permiten obtener **dos variables** que se denominarán **RRQ_A** (Rumiación) y **RRQ_B** (Reflexión).

5. Cuestionario de Fallos Cognitivos (*Cognitive Failures Questionnaire*, CFQ) de Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (1982).

Este cuestionario (ver **Anexo 11**), que aparece en Broadbent et al. (1982) y en Pollina et al. (1992 y 1993), busca identificar aspectos deficitarios a nivel de memoria y atención mediante 25 ítems que corresponden a cinco dimensiones de la memoria cotidiana.

Entiende los fallos cognitivos como *pensamientos o conductas que nada tienen que ver con la tarea concreta que está desempeñando el sujeto dentro de su trabajo y que no son intencionadas*.

El CFQ se contesta graduando de 0 a 4 la frecuencia con que ha ocurrido dicho fallo en los últimos seis meses y la puntuación obtenida es la suma directa de las puntuaciones de las 25 respuestas.

Las dimensiones y el número de ítems de cada una son: Factor lingüístico (7 ítems), Atención mal dirigida (7 ítems), Inteligencia interpersonal (4 ítems), Distraibilidad (4 ítems) y Atención espacial (3 ítems).

En el estudio permiten obtener sus correspondientes **cinco variables** que se denominarán:

- **F1** (Factor lingüístico).
- **F2** (Atención mal dirigida).
- **F3** (Inteligencia interpersonal).
- **F4** (Distraibilidad).
- **F5** (Atención espacial).

Una descripción de su planteamiento teórico, ha sido detallada con anterioridad en el apartado 3. 4. Fallos Cognitivos.

6. Escala de Ideación Mágica (*Magical Ideation Scale, MIS*) de Eckblad y Chapman (1983).

El *Magic Ideation Scale* (ver Anexo 12) toma el modelo de Meehl como marco teórico en el que las personas con tendencia a la esquizofrenia tienden a presentar ideación mágica (Eckblad y Chapman, 1983).

Chapman desarrolla distintas escalas para distintos síntomas (aberración perceptual, desorganización cognitiva, ideación paranoide, anhedonia física ...) como predictores de la psicosis frente a otros autores que pretenden hacerlo con una sólo escala, como Eysenck y Eysenck con su EPS (1976) o Hattaway y Mckinley con su MMPI (1967).

En su elaboración se toman distintos ítems y se pasan puntuando según un manual que ellos mismos elaboran, sobre muestra que puntuaba alto en el Perceptual Aberration Scale (PAS), siguiendo la entrevista SADL-L (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Lifetime Version*) de Spitzer y Endicott (1977) para detectar síntomas relevantes que validen la escala como medida de Ideación Mágica.

Resulta finalmente la escala MIS que consta de 30 ítems que se contestan dicotómicamente Verdadero-Falso.

La puntuación final se obtiene al sumar el total de las respuestas contestadas como falso en los ítems nº 7, 12, 13, 16, 18, 22 y 23, junto a las contestadas como verdadero, que son el resto.

Esta escala permite obtener la última variable para este estudio de investigación que se denominará precisamente **MIS**.

Corresponde a la puntuación obtenida por cada sujeto en la Escala de Ideación Mágica de Eckblad y Chapman y debe entenderse como una medida sobre la presencia en el sujeto de este síntoma psicótico, indicador de esquizotipia y predictor de psicosis (Eckblad y Chapman, 1983).

7. Cuestionario de Preferencia Manual de Edinburgo. (*Edinburgh Handedness Inventory, EHI*) de Oldfield (1971).

El Inventario de Lateralidad Manual de Edinburgo fue editado en 1971 por Oldfield y ha sido usado ampliamente utilizado en investigación, siendo un referente caso obligado en el estudio de la preferencia manual. Se presenta en el **Anexo 13-a**.

Es una escala de medida usada para evaluar la preferencia manual en la realización de 10 actividades corrientes de la vida diaria y puede realizarse por un observador que valora al sujeto evaluado, o por el propio sujeto mediante un auto-informe de su preferencia manual.

Los participantes deben indicar si su preferencia manual es totalmente diestra o zurda (siempre utiliza la misma mano), algo diestra o zurda (utiliza predominantemente una mano y en ocasiones la contraria) o ambidiestra (utiliza ambas manos por igual).

A los participantes se les asigna 2 puntos en el caso de que sea totalmente diestro o zurdo en la tarea, 1 punto, en derecha o izquierda en función de si es algo diestro o zurdo y 1 punto, en derecha e izquierda, si es ambidiestro.

Para clasificar a los participantes se utiliza un cociente de lateralidad (CL) resultante de $CL = (D-I) / (D+I) \cdot 100$. El intervalo oscila entre -100 (totalmente zurdo) y +100 (totalmente diestro).

Los sujetos que puntúan entre -100 y -71 son considerados zurdos, entre -70 y +70 ambidiestros y entre +71 y +100 diestros. Estos puntos de corte para el EHI se han establecido en base a criterios estadísticos (Dragovic, 2004).

Pero en esta investigación se emplea una versión posterior realizada por Manga, denominada Cuestionario de preferencia manual (ver **Anexo 13b**).

Consta de cuatro apartados:

- El primer apartado, denominado **Preferencia manual individual**, emplea doce ítems. Los **diez primeros corresponden a los diez ítems del Inventario de Lateralidad Manual de Edinburgh**.

Se diferencia del mismo en la denominación de la respuesta de la preferencia manual: el usuario debe contestar para cada actividad si la preferencia manual es izquierda (especifica si preferida o muy preferida), derecha (especifica si preferida o muy preferida) o bien, sin preferencia.

Las puntuaciones se aplican para los diez primeros ítems de esta versión de la misma forma que para los del EHI, de forma que se obtiene un cociente de lateralidad manual equivalente entre las dos pruebas.

Pero esta prueba añade en este primer apartado dos ítems más al cuestionario, uno sobre preferencia del pie, mediante el ítem "*¿Pié preferido para una puntapié?*" y otro del ojo, mediante el ítem "*¿Qué ojo usas cuando sólo puedes ver con uno?*".

- El segundo apartado **Preferencia manual de la familia**, pregunta por la existencia de algún familiar directo zurdo o ambidextro y por el número de ellos.
- El tercer apartado denominado **Derecha-Izquierda**, pregunta por la dificultad del sujeto para orientarse espacialmente con rapidez entre derecha e izquierda, en una escala de frecuencia que va desde *Siempre* (1 punto) hasta *Nunca* (5 puntos).
- El cuarto y último apartado, denominado **Indicios latentes de lateralidad manual**, pregunta en dos ítems diferentes por la preferencia a la hora de cruzar los brazos (pregunta si se coloca arriba el derecho o el izquierdo) y de entrelazar las manos (pregunta por qué dedo pulgar queda arriba, el derecho o el izquierdo).

6. 2. 2. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

En la siguiente tabla se recogen las distintas variables que son recogidas en la evaluación de la muestra, según cuatro apartados (edad, sexo, grupo de la muestra clínica e instrumento de evaluación).

A continuación se presentan brevemente para cada una de las variables:

- apartado al que corresponde cada variable (en el texto posterior, en letra **negrita y subrayado**), que tiene relación con el origen de las mismas.
- el nombre de la variable (en letra **negrita**).
- criterio por el que cada sujeto es asignado o puntúa en cada una de las variables (en letra *cursiva*).

Tabla 15. Relación de variables evaluadas en cada uno de los dispositivos de la muestra clínica (Psicóticos y No psicóticos) obtenida (N=154).

Origen de las variables	Codificación y nombre de las variables			
1°.- Edad	E		Años de edad	
2°.- Sexo	0		Hombre	
	1		Mujer	
3.- Grupo (Muestra clínica)	0		Psicótico	
	1		No psicótico	
4.- Dispositivo (Muestra clínica)	A	1	CPRSLE	C.R.P.S. San Juan de Dios (León)
	A	2	CRPSPA	C.R.P.S. San Juan de Dios (Palencia)
	A	3	CRPSPO	C.R.P.S. Real Fundación Hospital de la Reina (Ponferrada)
	B	4	UREHBU	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Complejo Asistencial de Burgos. Hospital "Fuente Bermeja" (Burgos)
	B	5	UREHLE	Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital de León. Edificio Santa Isabel (León)
	C	6	UCPLE	Unidad de Convalecencia Psiquiátrica. Hospital de León. Edificio Santa Isabel (León)
	D	7	UPLLE	Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia. Hospital de León. Edificio Santa Isabel (León)

5.- Instrumentos de evaluación						
1	Luria-DNA*		LUT	Tiempo de duración de la prueba (en minutos)		
			CIE10	Diagnóstico (Código CIE-10)		
			LUBA	Baremo por edad y sexo (1, 2 ó 3)		
		Área visoespacial	LUPV	1	Percepción visual	
			LUOE	2	Orientación espacial	
		Área del lenguaje oral	LUHR	3	Habla receptiva	
			LUHE	4	Habla expresiva	
		Área de la memoria	LUMI	5	Memoria inmediata	
			LUML	6	Memorización lógica	
		Área intelectual	LUDT	7	Dibujos temáticos	
			LUAC	8	Actividad conceptual	
			LUCA	Control atencional		
			LUTOT	Puntuación total		
		Vacilaciones	LUVI	Imprecisiones		
LUVA	Atención					
LUVT	Tiempo					
2	EPO-R	QR-E	E	Extraversión		
		QR-N	N	Neuroticismo		
		QR-P	P	Psicoticismo		
		QR-L	L	Disimulo-Conformidad		
3	CEPER-5	CEP-A	Antisocial			
		CEP-L	Límite			
		CEP-H	Histriónica			
		CEP-N	Narcisista			
		CEP-OT	Esquizotípica			
4	RRQ	RRQ-A	Rumiación			
		RRQ-B	Reflexión			
5	CFQ	F1	Factor lingüístico			
		F2	Atención mal dirigida			
		F3	Inteligencia interpersonal			
		F4	Distraibilidad			
		F5	Atención espacial			
6	MIS	MIS	Ideación mágica			
7	EHI (Cuestionario de preferencia manual)		Preferencia manual individual			
			Derecha-Izquierda			
			Indicios latentes (brazos cruzados)			
			Indicios latentes (manos entrelazadas)			
* Luria-DNA: sólo en parte de la muestra clínica.						

El primer apartado es el de **edad**, en el que cada usuario varía evidentemente, según los *años que presente en el momento de la evaluación*.

El segundo apartado es el de **sexo** que se codifica como **Hombre** o **Mujer**.

El tercer y cuarto apartado son aplicables únicamente a la muestra clínica:

El tercer apartado es el de **grupo**. Cada sujeto de la muestra clínica es asignado al grupo **Psicótico** o al **No Psicótico**, *según su diagnóstico* y como ya se ha explicado anteriormente, de acuerdo a los *criterios diagnósticos aceptado por la comunidad científica internacional* y establecidos tanto por la Organización Mundial de la Salud, OMS (en su CIE-10), como por la Asociación Psiquiátrica Americana, APA (en su DSM-IV).

El cuarto apartado es el de **dispositivo**. Aquí se especifica el *recurso al que pertenece cada sujeto que forma parte de la muestra clínica*.

El quinto y último apartado corresponde a los siete **instrumentos de evaluación**. Cada instrumento se encarga de la evaluación de una determinada variable, que se establece a través de los *resultados que el sujeto obtiene en el instrumento de evaluación*.

Encontramos instrumentos que puede aportar una sola variable, como la puntuación en la escala e ideación mágica (MIS), mientras que otros pueden recoger distintas medidas, correspondientes a distintas variables, como es el caso de la batería Luria-DNA, que recoge variables como tiempo de duración, puntuaciones directas y típocas de cada área evaluada, vacilaciones registradas...

El nombre de cada una de las variables evaluadas se recoge en la tabla anterior, mientras que los distintos instrumentos son presentados en el apartado 6.2.1 *Descripción de cada instrumento*.

6. 3. PROCEDIMIENTO

A continuación se describe el procedimiento seguido en la evaluación, tanto de la muestra clínica como en la denominada normal.

6. 3. 1. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS A LA MUESTRA

- Muestra clínica

Respecto a la primera prueba, el **LURIA-DNA** (Manga y Ramos, 2000) se aplica únicamente a una submuestra de sujetos diagnosticados de algún tipo de esquizofrenia, usuarios en su totalidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios (León).

Es aplicada directamente por el mismo evaluador y en la propia situación de exámen (individualmente en el despacho de tutoría del psicólogo del centro).

El resto de pruebas es aplicado por igual, tanto a la muestra clínica (psicóticos y no psicóticos) como a la muestra normal o sin diagnóstico de enfermedad mental.

En el caso del Centro de Rehabilitación Psicosocial de León son aplicadas preferentemente en grupo, en una de las salas de actividades, o bien de forma individual por el mismo evaluador, a medida que se ingresan nuevos usuarios, en el despacho de tutoría del psicólogo del centro.

Pese a que la batería de pruebas es realizada por cada sujeto en un intervalo de pocos días, según disponibilidad, los resultados no se obtienen para el conjunto de la muestra y en el tiempo de forma transversal sino longitudinal: se recogen desde el mes de Diciembre de 2004 hasta Junio de 2007.

Los sujetos de la muestra clínica contestan a los instrumentos de evaluación en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, siendo informados de las instrucciones para contestar a las preguntas. Por ello el ambiente de evaluación es conocido y el evaluador es su terapeuta de referencia en el centro.

Todos los usuarios presentan un nivel intelectual, de funciones cognitivas básicas y estado psicopatológico adecuado que les permite contestar correctamente a los cuestionarios.

Dentro de la muestra clínica se han excluido algún caso por interferencia de la patología actual; uno de ellos es descrito en el apartado de casos ilustrativos. En todo caso, son excepciones que pese a representar un ínfimo porcentaje, deben tenerse en cuenta dentro de la muestra de enfermos mentales que son derivados al centro de rehabilitación.

Recordemos que el perfil de usuario del centro de rehabilitación es el de aquellos enfermos mentales con posibilidades de integración social tras su paso por el mismo.

Así que debe considerarse la muestra clínica estudiada una submuestra dentro de los enfermos mentales graves y de larga duración, muy valiosa a la hora de sacar conclusiones del estudio de sus características y posibilidades de mejora de calidad de vida.

En el resto de dispositivos, los evaluadores son profesionales responsables del dispositivo (psicólogo/as en todos los casos) y la forma de administración es preferentemente grupal.

- **Muestra normal**

Los instrumentos citados anteriormente son aplicados de forma grupal, en el caso de la muestra de estudiantes de la Universidad de León, por el equipo del Doctor Dionisio Manga Rodríguez.

6. 3. 2. DESCRIPCIÓN DE CADA TIPO DE RECURSO SANITARIO

Todos los dispositivos que componen el total de muestra clínica, forman parte de la red de centros que actualmente dispone la Gerencia de Atención Especializada del SACYL (Sanidad de Castilla y León), para garantizar la asistencia psiquiátrica en esta comunidad.

La relación de centros aparece en la Tabla del apartado anterior 6.1.1 denominado Muestra clínica.

A excepción de los tres primeros centros denominados como A1 (C.R.P.S. San Juan de Dios de León), A2 (C.R.P.S. San Juan de Dios de Palencia) y A3 (C.R.P.S. Real Fundación Hospital de la Reina de Ponferrada), que son de carácter concertado, el resto son de titularidad pública.

Cada dispositivo atiende y trabaja de forma multidisciplinar en la intervención sobre las necesidades de salud mental de sus pacientes y presenta una estructura organizativa homogénea entre las distintas áreas sanitarias, como es el caso de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de León, Ponferrada y Palencia o las Unidades de Rehabilitación de León y Burgos.

Así para cada tipo de dispositivo (denominado A, B, C, ó D) el perfil de paciente es el mismo, de forma independiente al área sanitaria al que pertenezca.

Este perfil diferenciado para cada dispositivo de rehabilitación, se define en función de la necesidad de cuidados terapéuticos o gravedad de los síntomas que presenta el paciente psiquiátrico en cada momento, según la evolución de su enfermedad y se describe más adelante.

La red de salud mental atiende esta demanda mediante la derivación del paciente al dispositivo adecuado, bien a través del psiquiatra de referencia que le atiende en el Equipo de Salud Mental de su área de salud o por el psiquiatra que le atiende en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, tras recibir el alta en este dispositivo, en el que ingresa en fases de descompensación.

A continuación se describe cada dispositivo, ordenados de menor a mayor gravedad psicopatológica y consecuentemente, necesidad de cuidados de sus pacientes.

Para cada uno se describe el perfil de paciente que ingresa en el recurso y se adjuntan así mismo para cada uno, datos procedentes de la *Memoria de Actividad 2006 de Asistencia Psiquiátrica* (Dirección Técnica de atención Especializada / Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León).

En estos datos se recoge la actividad asistencial durante 2006 comparada entre los recursos de Castilla y León que han aportado muestra y con más detalle, la actividad asistencial de los de León, junto al diagnóstico CIE-10 de los pacientes atendidos.

Pueden aportar información sobre las características de los pacientes de cada dispositivo y de la representatividad de la muestra clínica obtenida.

Centro de Rehabilitación Psicosocial

Los tres dispositivos en los que se ha recogido muestra clínica, **CRPS San Juan de Dios (León)**, **CRPS San Juan de Dios (Palencia)** y **CRPS Real Fundación Hospital de la Reina (Ponferrada)** mantienen un perfil homogéneo en los pacientes que acceden a los mismos.

En la Guía Básica de Funcionamiento de Centro de Rehabilitación Psicosocial del Sacyl (Sanidad de Castilla y León, 2002) se especifican las características de este dispositivo así como la población destinataria, es decir, el perfil de usuario.

Así, establece que los Centros de Rehabilitación Psicosocial son recursos que *“ofrecen en régimen de día ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a la población con enfermedad mental crónica, dificultades de integración social y funcionamiento personal, familiar, laboral y de socialización. Dichos programas quedan definidos como un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con enfermedad mental adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en su medio social de forma autónoma, con los menores apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida”*.

La estructura y funcionamiento de estos centros requiere de una asistencia continua y frecuente por parte de los usuarios. Esto se justifica, en parte, porque la intervención en rehabilitación se considera como un proceso polivalente en el que el usuario pasará por diferentes fases de intervención, hasta alcanzar los objetivos principales de autonomía personal y social.

Estos centros deben constituir el eje de la intervención dirigida a la rehabilitación e integración social, familiar y laboral, y por sus objetivos, constituyen un dispositivo idóneo para dirigir la integración en pacientes con enfermedad mental como la esquizofrenia y trastornos asociados.

Esto sin excluir el importante papel del resto de dispositivos de asistencia psiquiátrica en la integración de la persona con enfermedad mental.

A continuación se establecen una serie de criterios generales que deberán regir la **distribución y organización del entorno** de un centro de rehabilitación psicosocial:

- Independientemente de la existencia de unas reglas generales y obvias que deben regir a todos los pacientes, la normativa y los límites deben ser marcados individualmente y a posteriori de la ocurrencia de comportamientos inadecuados, no a priori.
- Se debe crear y transmitir al usuario un ambiente de trabajo, exento de crispación y basado en la colaboración.
- Los pacientes deben percibir que el servicio "es suyo", por eso, y entre otras cosas, el aspecto físico y decoración del centro deberá adaptarse a los gustos e intereses de los usuarios y a los objetivos genéricos que el servicio pretende.
- El paciente debe encontrar en el hecho de ir al centro, otros refuerzos que los meramente terapéuticos, es decir, debe ser un centro de apoyo, ocio y un medio para búsqueda y hallazgo de empleo. Es importante que el paciente, al igual que los profesionales, participen en los objetivos del Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- El servicio debe ser accesible físicamente, es decir, debe sustentarse en el principio de la eliminación de barreras, también debe tratar de tener rapidez en la atención y trato personalizado... Se debe evitar la descoordinación en las actuaciones con el paciente y su familia entre los distintos profesionales. En consecuencia, se deben programar reuniones diarias del equipo que eviten dar mensajes contradictorios.
- Los pacientes deben percibir el servicio como: "mi servicio", fuente de refuerzos, flexible, no controlador, accesible y ser un lugar donde acudir y recurrir si lo necesita.
- Se promoverán ambientes estimulantes y a la vez ordenados, en los que se les ofrezcan distintas posibilidades de acción.

- Se crearán ambientes cálidos y confortables. Los ambientes despersonalizados y rígidos son lo más opuesto a lo que los pacientes necesitan.
- Se debe cuidar que los elementos del ambiente ofrezcan posibilidades de manipulación y de recreación.
- Es importante que la organización del espacio facilite el encuentro entre los miembros del grupo, a la vez que permita el aislamiento, el trabajo grupal e individual.
- La disposición del espacio debe realizarse de forma que propicie su utilización autónoma. Los recursos han de estar al alcance de todos.
- La flexibilidad es un criterio imprescindible, tanto para la organización de los espacios como de los materiales.
- Es muy importante establecer, al igual que en la familia, rutinas que proporcionen regularidad, frecuencias que ordenen la vida y lleven a los pacientes a interiorizar ritmos y secuencias temporales.

En el apartado de **población destinataria** la Guía especifica lo siguiente:

El Centro de Rehabilitación Psicosocial atenderá a la población conocida como personas con **enfermedad mental grave y prolongada**: personas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.) mantenido en el tiempo, y que acarrea niveles de minusvalías que le impiden la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma.

Se trata de una definición amplia que incluye diferentes procesos o enfermedades pero que establece un cuadro sindrómico que diferencia a esta población de otros usuarios de la red de asistencia psiquiátrica.

Habitualmente se trata de pacientes que presentan trastornos en la esfera de la esquizofrenia y trastorno bipolar pero también pueden incluirse ocasionalmente otros trastornos como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo.

Por ser la esquizofrenia la enfermedad que más se cronifica, es esta patología la más beneficiada de la atención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los **criterios de inclusión** son:

- Tener una edad comprendida entre 18 y 60 años.
- Persona con enfermedad mental grave y prolongada que dificulta su adaptación social y personal que le impide su integración y participación social plena.
- Será recomendable estar al menos tres meses en situación clínica estabilizada y con un tratamiento bien definido. No obstante, para casos especiales se podría hacer una excepción a esta valoración.
- Ser usuario de la red pública de asistencia psiquiátrica y estar en la actualidad en seguimiento.

Los **criterios de exclusión** son:

- Drogodependencia o alcoholismo asociado que imposibilite el trabajo de rehabilitación.
- Presentar en el momento de la derivación conductas disruptivas y/o excesivamente conflictivas que igualmente imposibiliten el trabajo o convivencia, es decir, no requerir un tratamiento o intervención aguda.
- Retraso mental que impida el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta que para estos casos existen dispositivos específicos.

Los datos sobre la actividad asistencial de los tres CRPS en los que se ha recogido muestra clínica y que figuran en la Memoria de Actividad 2006 de Asistencia Psiquiátrica, son los siguientes:

Tabla 16. Actividad asistencial de los CRPS de León, Ponferrada y Palencia en 2006.

CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL –ACTIVIDAD ASISTENCIAL			
AREA DE SALUD	LEÓN	EL BIERZO	PALENCIA
POBLACIÓN	331.124	146.060	166.093
Nº DE PLAZAS	20	20	20
Nº DE INGRESOS	29	29	15
Nuevos	22	26	14
Reingresos	7	3	1
ALTAS	24	32	18
Tipo de alta: Mejoría	18	22	11
Derivación	0	0	3
Voluntaria	6	5	2
Otras	0	5	2
Estancia Media (De los pacientes dados de alta)	329.3	236.0	773.6
Pacientes ingresados a 31 de diciembre	24	22	19

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica. Fuente de Datos poblacionales: Tarjeta Sanitaria (Fecha de descarga, 12 de diciembre de 2006)

Respecto al CRPS San Juan de Dios (León), algunos datos más específicos que figuran en la Memoria de Actividad 2006 sobre la actividad asistencial y sobre los diagnósticos de los pacientes atendidos en este recurso son los siguientes:

Tabla 17. Actividad asistencial del CRPS de León en 2006.

CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL – AREA DE SALUD DE LEÓN				
Nº de plazas: 20				
ACTIVIDAD ASISTENCIAL				
	Primeros ingresos	Reingresos	Altas	Pacientes a 31 de diciembre
Varones	16	5	20	16
Mujeres	6	2	4	8
Total	22	7	24	24
TOTAL DE INGRESOS		29		
Estancia Media (de los pacientes dados de alta)				329.3

EDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO				
	Menor de 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	Mayores de 50 años
Varones	4	17	11	4
Mujeres	2	5	2	3
Total	6	22	13	7
TIPO DE ALTAS				
	Mejoría	Voluntaria	Derivación	Otros
	18	6	0	0
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES				
	U Hospitalización H. de día	E.S.M.	U. de Rehabilitación	
	4	26	8	
LISTA DE ESPERA (De más de 21 días)				11

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica

Por último, los datos referentes a los diagnósticos de los pacientes atendidos en el C.R.P.S. San Juan de Dios de León durante el año 2006, aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 18. Diagnósticos de los pacientes de los CRPS de León, Ponferrada y Palencia en 2006.

CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL – AREA DE SALUD DE LEÓN					
DIAGNÓSTICOS CIE-10 DE LOS PACIENTES ATENDIDOS					
Código	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	% s/Total
F20-29	Esquizofrenia. Ttno. Esquizotípico y ttnos de Ideas delirantes	24	7	31	64.58%
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)	8	3	11	22.92%
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	1	0	1	2.08%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	3	2	5	10.42%
TOTAL		36	12	48	100%

Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Los dos dispositivos en los que se ha obtenidos muestra clínica, **Unidad de Rehabilitación del Complejo Asistencial de Burgos - Hospital "Fuente Bermeja"** y **Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de León - Edificio Santa Isabel (León)**, mantienen también una homogeneidad entre el perfil de usuario que atiende.

En la Guía Básica de Funcionamiento de Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Sacyl se especifica un apartado de la misma denominado "*Población destinataria*", es decir, el perfil de usuario de este dispositivo.

En primer lugar cita los criterios de inclusión así como los de exclusión, debiendo primar los primeros y minimizar estos últimos.

Este dispositivo atenderá a toda población que cumpla los siguientes criterios de inclusión:

- El ingreso ha de ser voluntario.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 60 años.
- Persona con enfermedad grave y prolongada que dificulta su adaptación social y personal que le impide su integración y participación social plena. Es decir, presentar una enfermedad que produzca un nivel alto de dependencia, y en consecuencia requiera cuidados sanitarios hospitalarios prolongados en el tiempo y con carácter rehabilitador.
- Precisar de un entorno estructurado y que sea potencialmente externalizable.
- Necesitar intervenciones terapéuticas, de tipo biológico, psicoterapéutico, psicosocial que no puedan ser realizados en el contexto extrahospitalario.

Ser usuario de la red pública de asistencia psiquiátrica y estar en la actualidad en tratamiento.

- Haber sido referido por un Equipo de Salud Mental, o alternativamente del centro de Rehabilitación Psicosocial y excepcionalmente de la Unidad de psiquiatría del Hospital General.
- Haber sido valorado su ingreso, y aceptado formalmente, por el Equipo de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. La valoración negativa debe estar suficientemente justificada y consensuada, y el ESM deberá procurar otro uso alternativo.

Por el contrario, los criterios de exclusión son los siguientes:

- Drogodependencia o alcoholismo dominante que imposibilite el trabajo de rehabilitación.
- Retraso mental que impida el abordaje terapéutico, teniendo en cuenta que para estos casos existen dispositivos específicos.

Básicamente la población destinataria sería la misma que la de los Centros de Rehabilitación psicosocial pero en los que existen uno o varios componentes psicopatológicos o sociales que dificulta el tratamiento en régimen de día como:

- La existencia de una mayor de cantidad de sintomatología propia de la enfermedad que requiere un control farmacológico y clínico continuado.
- La falta de habilidades sociales mínimas y de capacidad de autonomía que requiere un apoyo continuado.
- La falta de apoyo social suficiente para vivir en un entorno comunitario.

Los datos que figuran en la Memoria de Actividad 2006 de Asistencia Psiquiátrica sobre la actividad asistencial de las dos Unidades de Rehabilitación en las que se ha recogido muestra clínica, son los siguientes:

Tabla 19. Actividad asistencial de las Unidades de Rehabilitación de Burgos y León en 2006.

UNIDADES DE REHABILITACION ACTIVIDAD ASISTENCIAL		
AREA DE SALUD	BURGOS	LEON
POBLACIÓN	354.222	477.184
Nº DE CAMAS	44	33
Nº DE INGRESOS	58	35
Nuevos	34	25
Reingresos	24	10
ALTAS	52	35
Tipo de alta: Mejoría	38	15
Derivación	10	19
Voluntaria	3	1
Otras	1	0
Estancia Media Ajustada* (De los pacientes dados de alta)	148.5	211.6
Estancia Media (De los pacientes dados de alta)	417.7	347.9
Pacientes ingresados a 31 de diciembre	43	29
INDICE DE OCUPACION	91.7%	90.7%

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica. Fuente de Datos poblacionales: Tarjeta Sanitaria (Fecha de descarga, 12 de diciembre de 2006). *Estancia Media Ajustada: dada la existencia de un porcentaje de pacientes de tipo residencial, en este cálculo se han desestimado las estancias generadas por pacientes que rebasando los 1.000 días, no se ajustan al perfil de pacientes de estos dispositivos. Este subgrupo representa un 4% de las altas. La U. de Rehabilitación de León atiende a la población de León y el Bierzo.

Respecto a la Unidad de Rehabilitación de León, algunos datos más específicos que figuran en la Memoria de Actividad 2006 sobre su actividad asistencial y sobre los diagnósticos de los pacientes atendidos en este recurso son los siguientes:

Tabla 20. Actividad asistencial de la Unidad de Rehabilitación de León en 2006.

UNIDAD DE REHABILITACION – AREA DE SALUD DE LEÓN				
Nº de camas: 33				
ACTIVIDAD ASISTENCIAL				
	Primeros ingresos	Reingresos	Altas	Pacientes a 31 de diciembre
Varones	14	4	15	18
Mujeres	11	6	20	11
Total	25	10	35	29
TOTAL DE INGRESOS			35	

ESTANCIA MEDIA (de las Altas)	ESTANCIA AJUSTADA* (de las altas)	MEDIA	ÍNDICE DE OCUPACIÓN	ESTANCIAS TOTALES
347.9	211.6		90.7%	10.920
EDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO				
	Menor de 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	Mayores de 50 años
Varones	6	9	10	8
Mujeres	5	8	11	7
Total	11	17	21	15
TIPO DE ALTAS				
	Mejoría	Voluntaria	Derivación	Otros
	15	1	19	0
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES				
	U Hospitalización H. de día	E.S.M.	U.C.A. y Otros	
	5	17	13	
LISTA DE ESPERA (De más de 21 días)				NO

*Estancia Media Ajustada: para su cálculo se han estimado las estancias generadas por pacientes que rebasando los 1.000 días, no se ajustan al perfil de pacientes de estos dispositivos. Este subgrupo representa en 3% de las altas.

Respecto a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de León, los datos referentes a los diagnósticos de los pacientes atendidos durante el año 2006, aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 21. Diagnósticos de los pacientes de la Unidad de Rehabilitación de León en 2006.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN – AREA DE SALUD DE LEÓN DIAGNÓSTICOS CIE-10 DE LOS PACIENTES ATENDIDOS					
Código	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	% s/Total
F20-29	Esquizofrenia. Ttno. Esquizotípico y ttnos de ideas delirantes	28	21	49	76.56%
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)	1	6	7	10.94%
F40	Trastornos de ansiedad fóbica	1	0	1	1.56%
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	1	0	1	1.56%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2	4	6	9.38%
TOTAL		33	31	64	100%

Unidad de Convalecencia Psiquiátrica

La **Unidad de Convalecencia Psiquiátrica de León** (Hospital de León - Edificio Santa Isabel) tiene actividad asistencia desde el 1 de octubre de 2007 (es la de más reciente creación de los 7 dispositivos) y se trata de una unidad de carácter semiabierto con capacidad para atender pacientes cuyo ingreso tenga carácter voluntario o involuntario.

La UCP está destinada a pacientes subagudos que precisen para su reestablecimiento una estancia no superior a los 4 meses. Pueden proceder de cualquiera de los dispositivos psiquiátricos asistenciales tanto del área de salud de León como del Bierzo.

En caso que exista posibilidad de camas, se ofrece la posibilidad de ingresar pacientes estabilizados en circunstancias especiales para respiro familiar.

Todos los ingresos han de ser programados y, salvo los destinados a respiro familiar, no necesitan valoración previa presencial por parte de los profesionales de la unidad.

Al alta el paciente se derivará al dispositivo que inicialmente lo derivó o a cualquier otro, en función de cada caso. En algún caso excepcional y previo a la reincorporación al seguimiento por parte de su ESM, se realizará seguimiento en consulta externa.

Entre los criterios de inclusión están los siguientes:

1. Pacientes subagudos cuya clínica no sea subsidiaria de ingreso en la Unidad de Agudos, pero en los que las posibilidades del tratamiento ambulatorio o en la unidad en la que se encuentren sean insuficientes, por motivos clínicos y/o socio-familiares cuando estos últimos supongan un factor de desestabilización de su cuadro clínico.

2. Respiro familiar: La unidad dispone de un máximo de 3 camas para respiro familiar siempre que exista posibilidad. Definimos respiro familiar como un tiempo limitado en el que, por causa de fuerza mayor (enfermedad, acontecimiento familiares necesarios o inevitables...), la familia o convivientes no puedan temporalmente hacerse cargo del paciente y que no exista ninguna otra posibilidad o recurso, ya sea por motivos clínicos, económicos y/o familiares.

Se procederá al ingreso (siempre voluntario) en el momento de iniciarse la dificultad y el alta será inmediatamente tras ceder la misma con un tiempo máximo de un mes.

El paciente, durante este tiempo, estará en las mismas condiciones en cuanto normas, régimen de visitas, participación en actividades... que el resto de los pacientes ingresados.

3. Los ingresos en la UCP han de ser siempre programados entre el dispositivo que deriva y la UCP.

Entre los criterios de exclusión están:

1. Pacientes con diagnóstico principal o único de toxicomanía.
2. Trastorno antisocial de la personalidad.
3. Casos en los que el problema sea principal o exclusivamente social.
4. Trastornos orgánicos.
5. Retrasos mentales profundos o estados defectuales graves sin expectativa real de recuperación.

Los datos que figuran en la Memoria de Actividad 2006 de Asistencia Psiquiátrica sobre la actividad asistencial y diagnósticos de los pacientes atendidos en la Unidad de Convalecencia de León, en la que se ha recogido muestra clínica, son los siguientes:

Tabla 22. Actividad asistencial I de la Unidad de Convalecencia León en 2006.

UNIDADES DE CONVALECENCIA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
AREA DE SALUD	LEON
POBLACIÓN	477.184
Nº DE CAMAS	14
Nº DE INGRESOS	49
Nuevos	47
Reingresos	2
ALTAS	49
Tipo de alta: Mejoría	25
Derivación	18
Voluntaria	0
Otras	6
Estancia Media (De los pacientes dados de alta)	82.9
Pacientes ingresados a 31 de diciembre	13
INDICE DE OCUPACION	81.6%

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica. Fuente de Datos poblacionales: Tarjeta Sanitaria (Fecha de descarga, 12 de diciembre de 2006). La Unidad de Convalecencia de León atiende a la población de León y el Bierzo.

Tabla 23. Actividad asistencial II de la Unidad de Convalecencia León en 2006.

UNIDAD DE CONVALECENCIA – AREA DE SALUD DE LEÓN				
Nº de camas: 14				
ACTIVIDAD ASISTENCIAL				
	Primeros ingresos	Reingresos	Altas	Pacientes a 31 de diciembre
Varones	28	0	30	8
Mujeres	19	2	19	5
Total	47	2	49	13
TOTAL DE INGRESOS		49		
ESTANCIAS		ÍNDICE DE OCUPACIÓN		ESTANCIAS MEDIA (de los pacientes dados de alta)
4.168		81.6%		82.92
EDAD DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA				
	Menor de 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	Mayores de 50 años
Varones	6	10	9	5
Mujeres	2	4	5	8
Total	8	14	14	13

TIPO DE ALTAS	Mejoría	Voluntaria	Derivación	Otros
	25	0	18	6
TIPO DE INGRESO	VOLUNTARIO		AUTORIZACIÓN JUDICIAL	
	31		17	
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES	U Hospitalización H. de día	E.S.M.	U. de Rehabilitación	
	41	3	2	
LISTA DE ESPERA (De más de 21 días)				NO

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica. Esta Unidad atiende a la población de León y el Bierzo.

Tabla 24. Diagnósticos de los pacientes de la Unidad de Convalecencia León en 2006.

UNIDAD DE CONVALECENCIA – AREA DE SALUD DE LEÓN DIAGNÓSTICOS CIE-10 DE LOS PACIENTES ATENDIDOS					
Código	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	% s/Total
F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	1	0	1	2.04%
F11-F19	T. mentales y del comportam. Por consumo de sustancias (no alcohol.)	2	0	2	4.08%
F20-29	Esquizofrenia. Ttno. Esquizotípico y ttnos de ideas delirantes	20	12	32	65.31%
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)	6	2	8	16.33%
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo	1	0	1	2.04%
F44	Trastorno disociativo (de conversión)	0	1	1	2.04%
F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	0	4	4	8.16%
TOTAL		30	19	49	100%

Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia

Por último, la Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia, se define como un dispositivo destinado a pacientes con criterios de Trastorno Mental Grave y Prolongado (TMGP), que hayan agotado las posibilidades de tratamiento en los Servicios de Media Estancia de la red de Salud Mental (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria), así como la imposibilidad de soporte en otras estructuras de la red (pisos supervisados, miniresidencias).

Los pacientes beneficiarios de esta Unidad deben caracterizarse por la presencia de sintomatología persistente que hace necesaria la atención continuada y a largo plazo en una Unidad hospitalaria.

La derivación a la Unidad se hará exclusivamente desde las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria de la Comunidad, una vez se haya constatado la situación de fracaso terapéutico, tanto por el número de intentos como por el tiempo empleado (como criterio orientativo: tres ingresos de seis meses o inferiores, y/o un ingreso de un año o superior, sin respuesta clínica aceptable).

La Unidad de Psiquiatría de Larga Estancia contempla tanto el tratamiento farmacológico como de rehabilitación psicosocial que pueda facilitar y si la evolución clínica lo permite, el retorno a las U.R.H de origen o a otros dispositivos de sus áreas de procedencia. Aunque la U.P.L.E. se conciba como un último recurso terapéutico y residencial de larga estancia, no necesariamente debe considerarse un destino definitivo, debiéndose considerar para los pacientes en ella ingresados el acceso a nuevos recursos que se vayan creando en el futuro.

Debe contemplarse también la posibilidad de derivación de pacientes de esta Unidad a la Unidad de Hospitalización Breve ante situaciones de descompensación graves y de difícil manejo en la propia Unidad.

Tiene como **criterios de ingreso**, los siguientes:

- **Edad de ingreso:** mínima de 18 años y máxima de 60.
- **Diagnósticos psiquiátricos:** los diagnósticos principales deben corresponderse con las categorías de la CIE-10(o sus equivalentes en la DSM-IV-TR) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20 a F29) y trastornos del humor (afectivos) (F30 a F39). También la patología dual en la que los cuadros de dependencia estén previamente controlados.

Procedencia de los ingresos: Unidades de Rehabilitación Hospitalaria de la Comunidad de Castilla y León.

Tipos de ingreso: preferentemente voluntario y con aceptación por parte de la familia, aunque también se contempla el ingreso involuntario pero siempre con el consentimiento familiar. No serían deseables los ingresos por Orden Judicial por motivos ajenos a la clínica.

Situación clínica: no se admitirán cuadros agudos, ni cuadros en los que predomine la agresividad o la violencia, pues la Unidad no está diseñada para la contención de este tipo de casos que precisan, pensamos, de otros dispositivos específicos.

Patología orgánica: no será motivo de exclusión siempre que el control de la misma pueda realizarse en un medio de baja tecnología como es un Hospital Psiquiátrico.

Tiene como **criterios de exclusión:**

- Ser menor de edad o sobrepasar los 60 años.
- Presentar un cuadro agudo.
- Retraso mental como diagnóstico principal o único.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (CIE-10: F10 a F19) como diagnóstico único.

- Trastornos mentales orgánicos (CIE-10:F00 a F09).
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (CIE-10: F60 a F69) como diagnóstico único.

Los datos que figuran en la Memoria de Actividad 2006 de Asistencia Psiquiátrica sobre la actividad asistencial y diagnósticos de los pacientes atendidos en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de larga estancia de León, en la que se ha recogido muestra clínica, son los siguientes:

Tabla 25. Actividad asistencial de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia de León en 2006.

UNIDAD DE REHABILITACION PSIQUIATRICA DE LARGA ESTANCIA UNIDAD RESIDENCIAL DE REFERENCIA REGIONAL				
ACTIVIDAD ASISTENCIAL				
Nº DE CAMAS		50		
	Primeros ingresos	Reingresos	Altas	Pacientes a 31 de diciembre
Varones	4	0	2	28
Mujeres	2	0	1	13
Total	6	0	3	41
TOTAL DE INGRESOS		6		
Estancia Media (de los pacientes dados de alta)				13.020
EDAD DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA				
	Menor de 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	Mayores de 50 años
Varones	1	4	11	14
Mujeres	0	2	2	10
Total	1	6	13	24
TIPO DE ALTAS	Mejoría	Voluntaria	Derivación	Otros
	0	0	2	1

Sistema de Información de Asistencia Psiquiátrica. De las 50 camas instaladas en el momento actual sólo 41 están funcionales.

Tabla 26. Diagnósticos de los pacientes de la Unidad Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia de León en 2006.

UNIDAD DE REHABILITACION PSIQUIATRICA DE LARGA ESTANCIA UNIDAD RESIDENCIAL DE REFERENCIA REGIONAL					
DIAGNÓSTICOS CIE-10 DE LOS PACIENTES ATENDIDOS					
Código	Descripción	Hombres	Mujeres	Total	% s/Total
F20-29	Esquizofrenia. Ttno. Esquizotípico y ttnos de ideas delirantes	29	13	42	95.45%
F30-F39	Trastornos del humor (afectivos)	0	1	1	2.27%
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico.	1	0	1	2.27%
TOTAL		30	14	44	100%

6. 4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS

Los datos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos a la muestra, serán tratados estadísticamente con los paquetes informáticos **SPSS** y **ESTATISTICA**.

Este tratamiento informático permite posteriormente realizar los siguientes análisis:

- **Estadística básica y estudios de fiabilidad**, realizados fundamentalmente con los cinco factores del CFQ así como con el resto de variables. Igualmente se realizan diversos **Análisis factoriales**.
- **Correlaciones entre** las distintas **variables** estudiadas.
- **Análisis de cluster** o conglomerados, obtenidos por ejemplo, mediante el diagnóstico en la muestra clínica, o bien, según medidas obtenidas en instrumentos de evaluación (EPQ-R y MIS, escala de esquizotipia del CEPER o puntuaciones en el LURIA-DNA).
- **Análisis de varianza**: anovas con variables tomadas como variables independientes (como cluster o sexo) y distintas variables como variables dependientes.

El resultado de los análisis estadísticos realizados, es presentado de forma pormenorizada a continuación en el siguiente capítulo 7, denominado Resultados.

Posteriormente serán comentados en el capítulo 8, denominado Discusión y Conclusiones, donde se presentarán finalmente las conclusiones de esta tesis doctoral.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se refieren al estudio realizado sobre las características de personalidad, cognitivas y neuropsicológicas, incluida la lateralidad manual, de la población diagnosticada de esquizofrenia.

En el capítulo siguiente, se realizará una discusión sobre estos resultados, así como la presentación final de las conclusiones obtenidas.

Los resultados del estudio de estas características se presentan a lo largo este capítulo, clasificándose en cinco apartados que siguen el siguiente esquema:

- Punto **7. 1.** Características de **personalidad** en esquizofrénicos.
 - 7.1.1. Estudio de los datos mediante aproximación por clasificación a priori, según diagnóstico clínico de los sujetos.
 - 7.1.2. Estudio según la aproximación a posteriori, con clasificación de los sujetos mediante análisis de cluster o de conglomerados.
 - 7.1.2.1. Cluster de reagrupamiento
 - 7.1.2.2. Los tres nuevos cluster en la teoría de la personalidad.
 - 7.1.2.3. Diferentes ANOVAS con Cluster y Sexo, tomadas como Variables Independientes y siete variables diferentes, tomadas como Variables Dependientes:
 - A. ANOVA con Variable dependiente: N (Neuroticismo).
 - B. ANOVA con Variable dependiente: P (Psicoticismo).
 - C. ANOVA con Variable dependiente: Ideación Mágica.
 - D. ANOVA con Variable dependientes: Estilo de Personalidad Esquizotípico (Escala CEPER).

- E. ANOVA con Variable dependiente: Estilo de Personalidad Antisocial (Escalas CEPER).
 - F. ANOVA con Variable dependiente: Rumiación.
 - G. ANOVA con Variable dependiente: Fallos Cognitivos (CFQ).
- 7.1.2.4. Conclusiones de los ANOVAS realizados.
- 7.1.3. Estudio de la interacción de los datos según cuatro grupos diagnósticos y sexo, con las variables de personalidad del EPQ-R como variables dependientes.
- 7.1.4. El **modelo del continuum** de la esquizotipia-esquizofrenia.
- 7.1.5. Comparación de tres grupos en esquizotipia con distintas variables.
- Punto **7. 2. Fallos cognitivos** en la esquizofrenia.
- 7.2.1. Análisis Factorial por el método de factores principales y rotación varimax.
- 7.2.2. Los 5 factores del CFQ: fiabilidad por consistencia interna.
- 7.2.3. Fiabilidad por consistencia interna del total de 25 ítems del CFQ.
- 7.2.4. Descripción de los 5 factores del cuestionario de fallos cognitivos (CFQ) hallados en este trabajo.
- 7.2.5. Análisis de varianza con la clasificación en 4 grupos diagnósticos.
- 7.2.6. Conclusiones de los Análisis de varianza con la clasificación en 4 grupos diagnósticos.

- Punto **7. 3. Lateralidad manual** en esquizofrénicos.
 - 7.3.1. Lateralidad manual y esquizofrenia.
 - 7.3.2. Análisis de resultados de ANOVAS.
 - 7.3.3. Conclusiones sobre el cociente de lateralidad.
- Punto **7. 4. Neuropsicología** y esquizofrenia.
- Punto **7. 5. Lateralidad manual y Neuropsicología** en la esquizofrenia.

7. 1. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ESQUIZOFRÉNICOS.

Para el estudio de las características de personalidad de los sujetos esquizofrénicos se emplean como instrumentos, los ya comentados EPQ-R y escalas CEPER.

En el *Eysenck Personality Questionnaire-Revised* (EPQ-R; Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985) se utilizó la versión española del EPQ-R.

Es un cuestionario de 100 ítems, con respuesta de SÍ/NO a cada uno de ellos, para medir las tres dimensiones o factores del modelo NEP: Neuroticismo (N), Extraversión (E) y Psicoticismo (P).

En cuanto a su fiabilidad, se ha informado recientemente (Russo, Leone, Lauriola y Lucidi, 2009) de los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: **.84 para N**, **.83 para E** y **.67 para P**.

La muestra era de **696** participantes, heterogénea por incluir sujetos desde los 18 a los 80 años (con media de 49.6 DT de 16.4), siendo el 50.2% empleados, el 21% retirados, el 17% sin empleo y el 11.8% estudiantes.

En el presente estudio, con **149** pacientes psicóticos y no psicóticos, los coeficientes alfa de Cronbach hallados para cada una de las tres escalas fueron: **.89 para N**, **.85 para S** y **.64 para P** (ver Tabla 27).

Tabla 27. Propiedades psicométricas de las dimensiones del EPQ-R (N = 149 pacientes)

Propiedades psicométricas de las dimensiones del EPQ-R (N = 149 pacientes)									
Dimensiones	Ítems	Media	DT	Skew	Kurt	Mín	Máx	cmi	alfa
Neuroticismo (N)	23	13.83	6.01	-.44	-.73	0	23	.27	.89
Extraversión (E)	19	8.24	4.85	.02	-.98	0	18	.24	.85
Psicoticismo (P)	23	5.89	3.43	.20	-.78	0	14	.09	.64

Las correlaciones encontradas entre las tres dimensiones N, E y P fueron las siguientes, **todas ellas significativas**:

- entre N y E, la correlación fue de (-.29).
- entre N y P la correlación fue de (.36).
- entre E y P la correlación fue de (-.16).

La diferencia con las correlaciones halladas por el estudio ya comentado de Russo et al. (2009) son, tal y como queda reflejado en la **Tabla 28**:

- entre N y E la correlación fue prácticamente la misma (-.28), negativa y **significativa**.
- entre N y P también fue allí positiva y **significativa**, pero inferior (.17).
- entre E y P la correlación fue positiva y **no significativa** (.09).

Tabla 28. Correlaciones entre las dimensiones N, E y P en los estudios de Russo et al. (2009) y Yugueros-Alonso (2009).

	N	E	P	
N		-.29	.36	Yugueros -Alonso 2009
E	-.28		-.16	
P	.17	.09		
	Russo, 2009			

Comentario Tabla 28:

Vemos que las principales diferencias en las correlaciones se encuentran:

- Entre **P y E**, la correlación es significativa y de signo negativo en Yugueros-Alonso, mientras que en Russo es positiva y no significativa.
- Entre **P y N**, es marcadamente más significativa en Yugueros-Alonso.
- Entre **E y N**, apenas hay diferencia en ambos estudios.

7. 1. 1. Estudio de los datos mediante aproximación por clasificación a priori, según diagnóstico clínico de los sujetos.

En este primer estudio se comparan las puntuaciones en las cuatro medidas del EPQ-R (Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Disimulo) obtenidas por un grupo de **149** pacientes, clasificado *a priori* en otras dos submuestras según su diagnóstico, formadas por **110 psicóticos** y **39 no psicóticos**, junto con una submuestra de **47 estudiantes universitarios**.

En total, la muestra está formada por **196** sujetos y formada por tres grupos denominados desde ahora como:

- **grupo 0** (psicóticos). N= **110**.
- **grupo 1** (no psicóticos). N= **39**.
- **grupo 2** (universitarios). N= **47**.

En la figura 9 se muestran las medidas obtenidas en el EPQ- R (en puntuaciones Z), por los tres grupos citados. La interacción ($p < .001$) muestra las diferencias de los grupos en las cuatro medidas del EPQ-R.

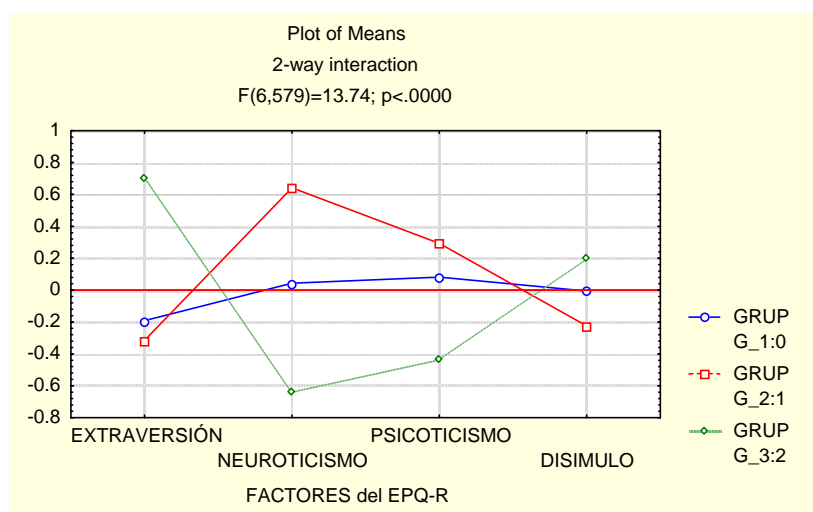


Figura 9. Medidas del EPQ-R de tres grupos de sujetos. N total = 149 sujetos.

Comentario a la Figura 9:

- 1) En **Extraversión** destacan por ser muy superiores los estudiantes (grupo 2). En cambio, los pacientes psicóticos (grupo 0) están por debajo de la media, y los no psicóticos (grupo 1) aún aparecen con mayor introversión.
- 2) En **Neuroticismo** ocurre a la inversa, con los estudiantes muy bajos y los no psicóticos muy altos, situándose muy próximo a la media el grupo de psicóticos.
- 3) En **Psicoticismo** se hallan bajos los estudiantes y algo altos los pacientes no psicóticos, con menor nivel de psicoticismo en los psicóticos que en los no psicóticos.
- 4) En **Disimulo** puntúan más alto los estudiantes que los pacientes no psicóticos, situándose en la media los del grupo psicótico.
- 5) En general, comparando los tres grupos en las medidas EPQ-R, podemos decir caracterizando cada uno que:
 - Los **universitarios (grupo 2)** aparecen como más extrovertidos, mayor puntuación en disimulo y menores puntuaciones en psicoticismo y sobre todo en neuroticismo, revelando frente a los otros grupos y respecto a la media en cada medida, un patrón de personalidad más equilibrado, aspecto clave para gozar de una buena salud mental.
 - Los **no psicóticos (grupo 1)** se muestran con bajo disimulo, los más introvertidos y con las mayores puntuaciones en psicoticismo y especialmente neuroticismo. Revelan claramente el patrón de personalidad más disfuncional y patológico.
 - Por último, los **psicóticos (grupo 0)** es el grupo de los tres que más se aproxima en sus cuatro medidas de personalidad a los valores establecidos y tomados como dentro de la media. Así, puede afirmarse que el patrón de personalidad está a medio camino entre el grupo 2, más sano y el grupo 1, más patológico.

6) Este primer estudio comparativo **apoyaría la idea del continuo** entre la psicosis y la normalidad, en esta ocasión referido a las tres dimensiones de personalidad del modelo NEP de Eysenck, a tenor de lo revelado por las medidas de personalidad obtenidas por estos tres grupos, clasificados a priori según su diagnóstico.

En la figura siguiente se muestra un segundo estudio realizado entre los tres grupos anteriores establecidos a priori, esta vez comparados frente a la variable Ideación Mágica, evaluada mediante el Magical Ideation Scale (MIS) como efecto principal.

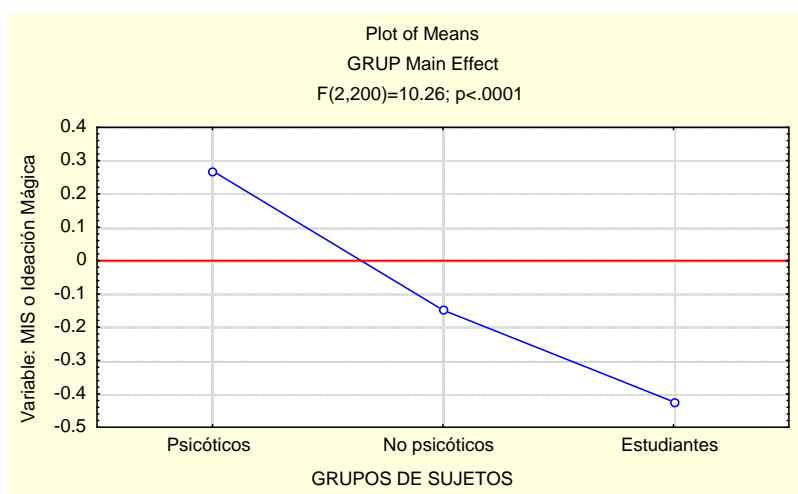


Figura 10. Diferencias de grupo en MIS como efecto principal. N total = 203 sujetos.

Comentario a la figura 10:

1) Vemos que el grupo de psicóticos (n = 109) se muestran muy superiores tanto a los estudiantes (n = 56) como a los no psicóticos (n = 38). El total de la muestra evaluada mediante el MIS se compone de 203 sujetos.

2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls da diferencias altamente significativas ($p < .001$) en Ideación Mágica o MIS entre psicóticos y estudiantes, así como también es significativa la diferencia ($p < .05$) entre psicóticos y no psicóticos.

3) Como conclusión principal, se obtiene que la mayor puntuación que de forma significativa obtiene el grupo de psicóticos es en **ideación mágica**, por lo que respalda la importancia de esta **variable como predictora** entre la población normal de riesgo de padecer una patología de tipo psicótico.

Así los sujetos que no han desarrollado patología psicótica, pero puntúan alto en esta variable, presentarían un mayor riesgo de padecerla en el futuro.

A continuación se realiza un último estudio comparativo de los mismos tres grupos, pero esta vez respecto a la variable Fallos cognitivos medida mediante la escala CFQ.

Los resultados obtenidos por cada grupo en dicha variable y expresados en puntuaciones Z, se muestran mediante la siguiente figura:

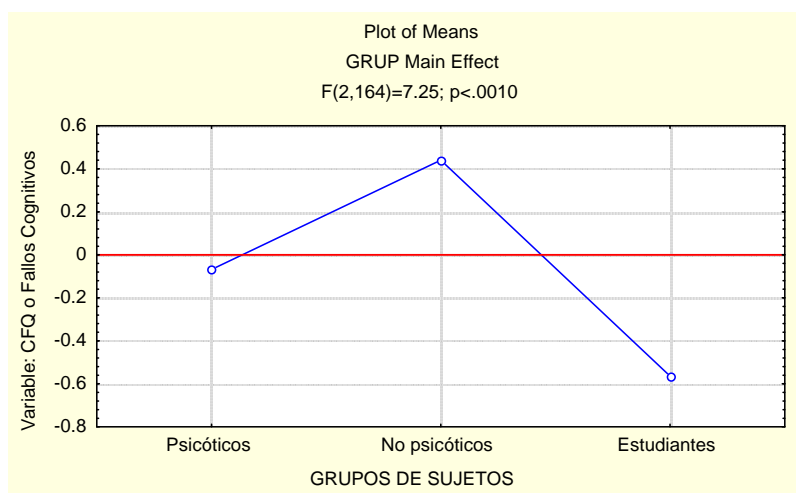


Figura 11. Diferencias de grupo en Fallos Cognitivos como efecto principal. N total = 167 sujetos.

Comentario a la figura 11:

- 1) El número de participantes analizados en esta variable de Fallos cognitivos es de 109 psicóticos, 38 no psicóticos y 17 estudiantes universitarios. En total, 167 sujetos.
- 2) Se observa cómo el grupo compuesto por estudiantes, puntúan muy por debajo de la media en CFQ.
- 3) A diferencia de las puntuaciones en Ideación Mágica, los no psicóticos son superiores a los demás grupos en Fallos cognitivos.
- 4) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls da diferencias significativas ($p < .005$) entre no psicóticos y estudiantes, y también ($p < .005$) entre no psicóticos y psicóticos. A su vez, los psicóticos son superiores ($p < .05$) a los estudiantes en Fallos cognitivos.
- 5) Como conclusión principal, vemos que el grupo de no psicóticos es significativamente superior a los otros dos grupos de la muestra en fallos cognitivos.
- 6) Posteriormente, en la figura 40, se obtienen los mismos resultados, pero esta vez especificando aun más según su diagnóstico, para revelar que de los cuatro grupos diagnósticos, son los trastornos de personalidad los que puntúan significativamente más alto en la variable de fallos cognitivos.

Posteriormente se analizará con más detalle, a través de otros estudios, las características de estos tres grupos de sujetos, así como de otros grupos diferentes obtenidos al seguir otros criterios, en esta variable denominada Fallos cognitivos.

Así por ejemplo, se estudiarán las características en esta variable en grupos obtenidos según su:

- lateralidad manual, ver figura 50.
- puntuación en esquizotipia, ver figura 37.
- puntuación en las dimensiones de personalidad del EPQ-R, ver figura 22.

Por último, en el apartado 7.2. Fallos Cognitivos, se realiza un análisis factorial y de varianza, comparando las características de cuatro grupos obtenidos según diagnóstico, respecto a la variable CFQ general (figura 40) y a dos de sus factores, factor 5 y 4 (figuras 41 y 42).

En su conjunto, los diferentes estudios realizados sobre esta variable, nos permitirán obtener conclusiones más determinantes al final del citado apartado 7.2. Fallos Cognitivos.

7. 1. 2. Estudio según la aproximación a posteriori, con clasificación de los sujetos mediante análisis de cluster o de conglomerados.

Se comienza por obtener el dendrograma indicativo de las posibles soluciones para la elección del número más apropiado de conglomerados o grupos de sujetos, clasificados por su homogeneidad según el procedimiento K-medias.

Por tanto, con método de Ward y las distancias euclídeas al cuadrado se ha procedido a obtener el dendrograma de 191 casos: psicóticos, no psicóticos y estudiantes universitarios que habían completado el Cuestionario EPQ-R de Eysenck y la Escala de Ideación Mágica o MIS.

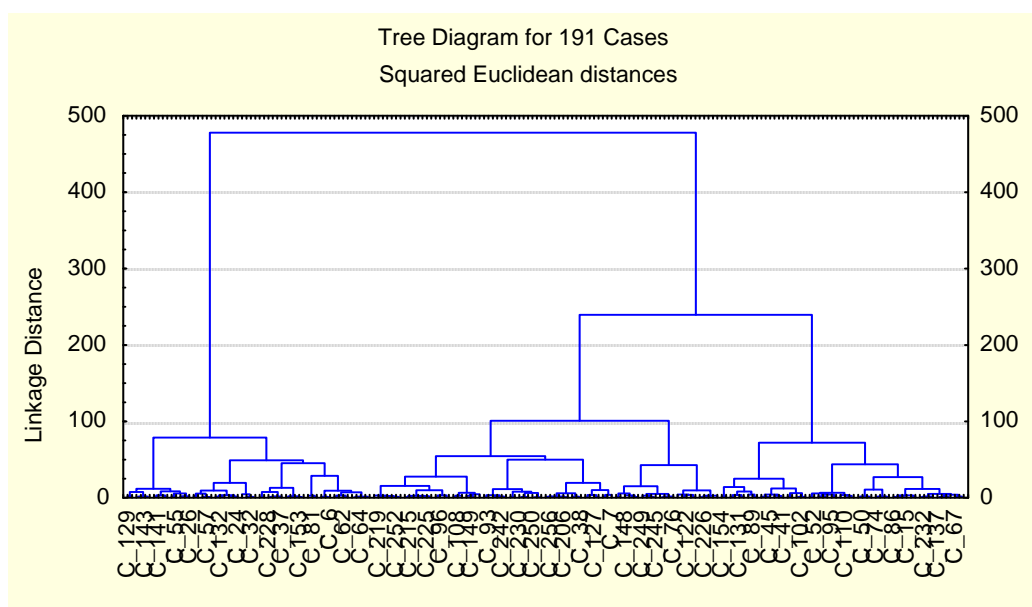


Figura 12. Dendrograma obtenido para los 191 sujetos, con 5 medidas (EPQ-R y MIS).

El dendrograma de la **figura 12** sugiere que de los 191 sujetos, con las 4 medidas del EPQ-R y una quinta de MIS (Escala de Ideación Mágica), se originan o bien tres grandes grupos o seis, en cuanto conglomerados (cluster).

A continuación se presenta la clasificación inicial de los 191 sujetos, mediante los seis grandes grupos obtenidos para estas cinco medidas.

Cada grupo pasará posteriormente a una clasificación final de tres, de forma que se indica además la correspondencia entre las dos agrupaciones de sujetos.

Los seis grupos iniciales son los siguientes:

- **Grupo 1:** N=28 sujetos. Denominado **estudiantes-a**.

De los 28 iniciales, 18 pasan al grupo 1 en la solución de 3 grupos.

- **Grupo 2:** N=57 sujetos. Denominado **estudiantes-b**.

Todos los 57 pasan al grupo 1 en la solución de 3 grupos.

- **Grupo 3:** N=23 sujetos. Denominado **psicosis-a**.

Del total, 16 de ellos pasan al grupo 2 en la solución de 3 grupos.

- **Grupo 4:** N=27 sujetos. Denominado **psicosis-b**.

26 pasan al grupo 2 en la solución de 3 grupos.

- **Grupo 5:** N=21 sujetos. Denominado **personalidad-a**.

Sólo 6 de ellos pasan al grupo 3 en la solución de 3 grupos.

- **Grupo 6:** N=35 sujetos. Denominado **personalidad-b**. T

Todos los 35 pasan al grupo 3 en la solución de 3 grupos).

Así vemos que el grupo 1 y especialmente el 2 (en su totalidad) pasan posteriormente en su mayoría al grupo 1 en la solución de tres grupos.

El grupo 3 y 4 pasan mayoritariamente al grupo 2 de la solución de tres y por último el grupo 5 y el 6 en su totalidad al grupo 3 en la solución de tres grupos.

En la **figura 13** se presenta el perfil de cada uno de los seis grupos obtenidos a posteriori según las cuatro variables de personalidad obtenidas mediante el EPQ-R y la variable de Ideación Mágica.

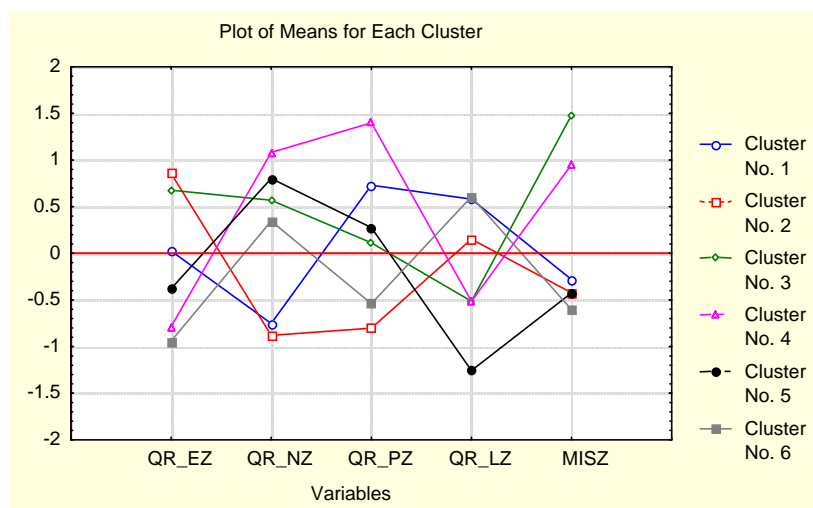


Figura 13. Perfiles de los seis grupos (cluster) de sujetos sugeridos por el dendrograma.

Comentario a la figura 13:

1. El grupo 2 (estudiantes-b) es el que presenta un perfil de personalidad más "sano" ya que es el más extrovertido, puntúa el más bajo en neuroticismo y psicoticismo de los seis, moderado en disimulo y de los más bajos en ideación mágica. Los 57 sujetos del grupo en su totalidad pasan al grupo 1 en la solución de 3 grupos.
2. El grupo 4 (psicosis-b) presenta de los seis, el perfil de personalidad potencialmente más patológico, siendo el segundo perfil más introvertido, puntúa el más alto de los seis en neuroticismo y sobre todo en psicoticismo, muy bajo en disimulo y el segundo más alto en ideación mágica. Es de reseñar también que de los 27 sujetos de este grupo, 26 pasan al grupo 2 en la solución de 3 grupos.

A continuación la figura 14 muestra a los seis grupos, esta vez según sus puntuaciones medias en ideación mágica:

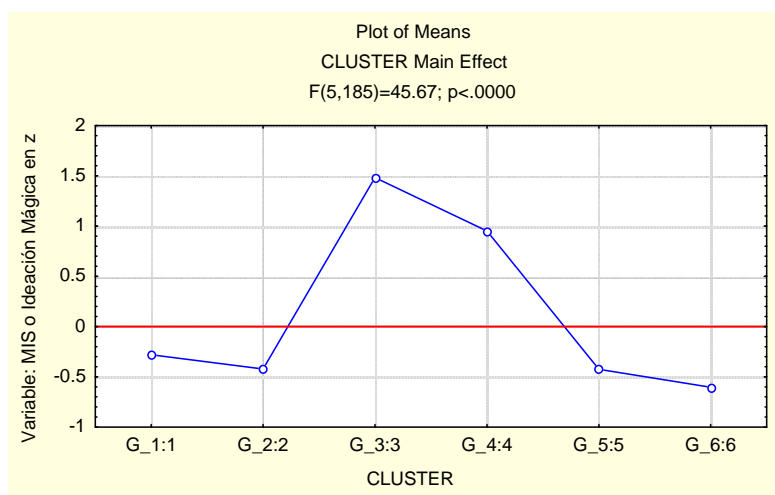


Figura 14. Los seis grupos en Ideación Mágica (sus medias en puntuaciones z).

Comentario figura 14:

- 1) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls indica que el **grupo 3** es superior en Ideación Mágica a todos los demás, con diferencia altamente significativa ($p < .001$) sobre los grupos 1, 2, 5 y 6. La superioridad con relación al grupo 4 también es significativa, aunque menos acusada ($p < .01$).
- 2) El grupo 4 también es muy superior ($p < .001$) en Ideación Mágica a los grupos que en esta variable están por debajo de la media, es decir, al 1, 2, 5 y 6. Sin embargo, como ya hemos dicho, el grupo 4 es inferior ($p < .01$) al grupo 3.
- 3) Como ya se ha comentado anteriormente, es de reseñar que los grupos 3 y 4, que puntúan significativamente superior en ideación mágica, pasarán a reagruparse posteriormente en el grupo 2 de la solución de tres grupos. Será interesante estudiar las características de personalidad de este resultante grupo 2 y la posible relación con la alta puntuación obtenida en esta variable, de forma que puedan extraerse conclusiones válidas para este estudio.

7. 1. 2. 1. Cluster de reagrupamiento.

A partir de estos seis grupos iniciales, los 191 sujetos se reagrupan en tres según el dendograma presentado anteriormente (figura 12), para un mejor estudio de las características de personalidad de los sujetos esquizofrénicos.

Las características de cada uno de los tres nuevos grupos son las siguientes:

1. **Grupo 1:** N=81 sujetos. Derivados 75 de ellos de los grupos 2 y 1 (el 92.6%). De ellos, 39 son **estudiantes**, 34 diagnosticados como psicóticos y 8 como no psicóticos.

2. **Grupo 2:** N=57 sujetos. Derivados 42 de ellos de los grupos 4 y 3 (el 73.7%). De ellos, 37 están diagnosticados como **psicóticos** (21 con esquizofrenia paranoide, 16 con otras psicosis y 2 con trastorno de personalidad), 15 como no psicóticos (10 con trastornos de personalidad y 5 con trastorno del estado de ánimo o ansiedad) y 3 estudiantes.

3. **Grupo 3:** N=53 sujetos. Derivados 41 de ellos de los grupos 6 y 5 (el 77.3%). De ellos, 32 están diagnosticados como psicóticos, 18 como **no psicóticos** y 3 como estudiantes.

A continuación en la **figura 15** se presenta el perfil de estos tres grupos, obtenidos a posteriori según las cuatro variables de personalidad obtenidas mediante el EPQ-R y la variable de Ideación Mágica, tal y como se hizo anteriormente con los seis grupos iniciales (ver figura 13).

7. 1. 2. 2. Los tres nuevos cluster en la teoría de la personalidad.

En la teoría de la personalidad de Eysenck cada uno de los tres grupos resultantes, a la vista de la figura siguiente podría caracterizarse de la siguiente forma:

- El **grupo 1** representa la resiliencia del ego, por lo que dado su perfil de personalidad bien adaptado, pasará a llamarse grupo **resiliente**, al que pertenecen casi todos los estudiantes universitarios.

El perfil de personalidad de este grupo obtenido a partir de las puntuaciones medias obtenidas en el EPQ-R apunta a bajas puntuaciones en N y P, junto con puntuaciones altas en E y L.

- Se contrapone al grupo **grupo 3**, con ego **supracontrolado**, que presenta altas puntuaciones en N y L, pero bajas en E (alta introversión) y P.
- El **grupo 2** es el que mejor representa a los sujetos que pueden desarrollar conductas antisociales, según la teoría de Eysenck.

Este grupo, denominado **antisocial** destaca por tener puntuaciones muy altas en N y P, bajas en L y moderadamente altas en E (aunque próximas y por debajo de la media).

Destaca así mismo por puntuar extremadamente alto en ideación mágica frente a los otros dos grupos que lo hacen incluso por debajo de la media, algo que ya ocurría con los grupos 3 y 4 de los que toma el 73.7% de sujetos en la solución de seis grupos y donde puntuaban de forma muy destacada en esta variable respecto a los otros cuatro grupos restantes.

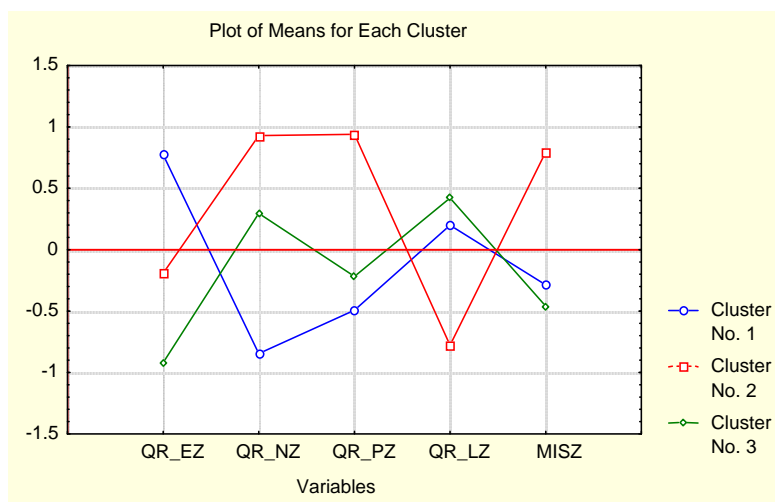


Figura 15. Tres grupos o cluster sugeridos por el dendrograma de la Figura 12.

Comentario figura 15:

1. Como principal conclusión vemos que el grupo resiliente (grupo 1) es el que presenta un perfil de personalidad más ajustado, resultado de recibir un 92.6 % de los sujetos de los grupos 1 y 2 de la solución de seis grupos, que ya constituían los perfiles de personalidad más sanos.
2. Por el contrario, los grupos 2 y 3 están formados en su mayor parte por la muestra clínica y presenta dos tipos de perfiles más disfuncionales, especialmente el grupo 2 que destaca sobre el tres en un perfil de personalidad más potencialmente patológico.
3. Reseñar en este grupo 2 su especialmente alta puntuación en ideación mágica respecto al resto de la muestra, algo que como ya se ha presentado en la parte teórica, unido a las características de personalidad, puede ser un predictor de psicosis.

7. 1. 2. 3. Diferentes ANOVAS con Cluster y Sexo, tomadas como Variables Independientes y siete variables diferentes, tomadas como Variables Dependientes.

En este apartado de los resultados se realizarán diferentes ANOVAS con los tres grupos obtenidos anteriormente mediante el dendograma de la figura 12 (grupo 1 ó resiliente, 2 ó antisocial y 3 ó supracontrolado).

Los ANOVAs toman como dependientes a aquellas variables, en total siete, en las que se espera a priori que el grupo antisocial destaque de forma negativa en ellas mediante sus respuestas en sus autoinformes.

Las variables independientes y clasificadoras son CLUSTER y SEXO.

La **hipótesis** planteada sería pues, la siguiente:

El **grupo antisocial**, respecto a los otros dos grupos, debería puntuar significativamente **peor** en las siguientes variables, tomadas como variables independientes:

- **Neuroticismo**, (figura 16).
- **Psicoticismo**, (figura 17).
- **Ideación mágica**, (figura 18).
- **Estilo esquizotípico**, (figura 19).
- **Estilo antisocial**, (figura 20).
- **Rumiación**, (figura 21).
- **Fallos cognitivos**, (figura 22).

A. ANOVA con Variable dependiente: N (Neuroticismo).

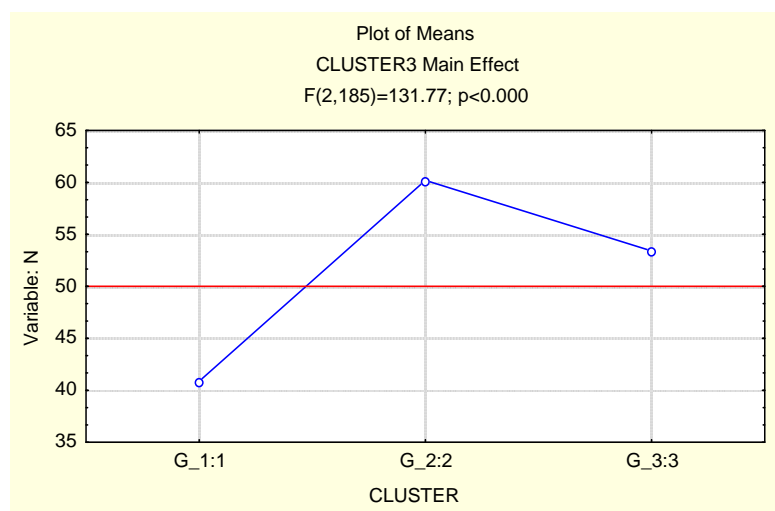


Figura 16. Efecto principal de Grupo (CLUSTER) en Neuroticismo (N).

Comentario figura 16:

- 1) El grupo resiliente (Cluster 1) sitúa su media muy por debajo de la media del conjunto.
- 2) En cambio, el grupo antisocial (Cluster 2) es el que puntúa más alto, seguido de las puntuaciones altas en N del grupo supracontrolado (Cluster 3).
- 3) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra diferencias altamente significativas ($p < .001$) entre los tres grupos en la variable N del EPQ-R de Eysenck.
- 4) No aparecen las diferencias de Sexo (por superioridad de las mujeres en N) que aparecen normalmente en muestras no clínicas; en el grupo 1, resiliente, se incluyen 38 varones y 43 mujeres, en el antisocial, 32 varones y 25 mujeres, en el supracontrolado, 33 varones y 22 mujeres).
- 5) Es el primero de los ANOVAs que sirve de validación interna de la solución de tres cluster, grupos de sujetos, o conglomerados.

B. ANOVA con Variable dependiente: P (Psicoticismo).

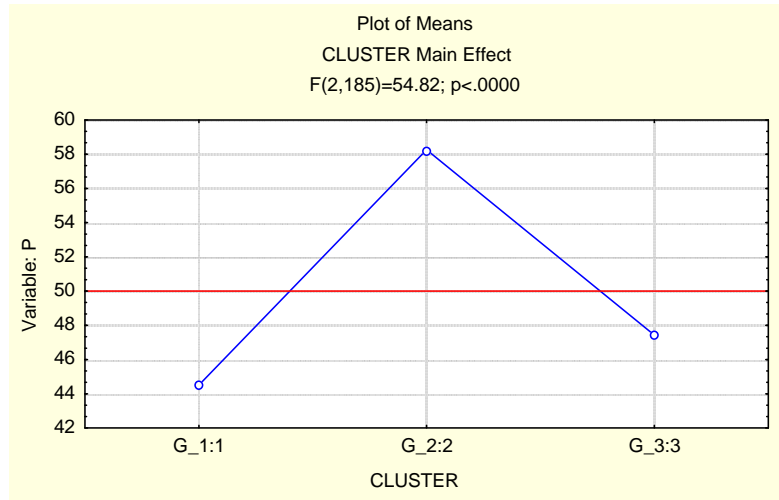


Figura 17. Efecto principal de Grupo (CLUSTER) en Psicoticismo (P).

Comentario figura 17:

- 1) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra diferencias altamente significativas ($p < .001$) del grupo antisocial con los otros dos grupos en la variable P del EPQ-R de Eysenck.
- 2) El grupo supracontrolado también supera al resiliente ($p < .05$) en esta variable.
- 3) No se observa la superioridad de los varones sobre las mujeres, que sí aparece en los estudios con sujetos normales.
- 4) Las diferencias en P son otra prueba para la validación interna de la opción de una solución de tres cluster para clasificar a los sujetos
- 5) La teoría de Eysenck se significa por la importancia y significación que concede a la dimensión de la personalidad denominada Psicoticismo, así como su posible relación con Ideación Mágica.

C. ANOVA con Variable dependiente: IDEACIÓN MÁGICA.

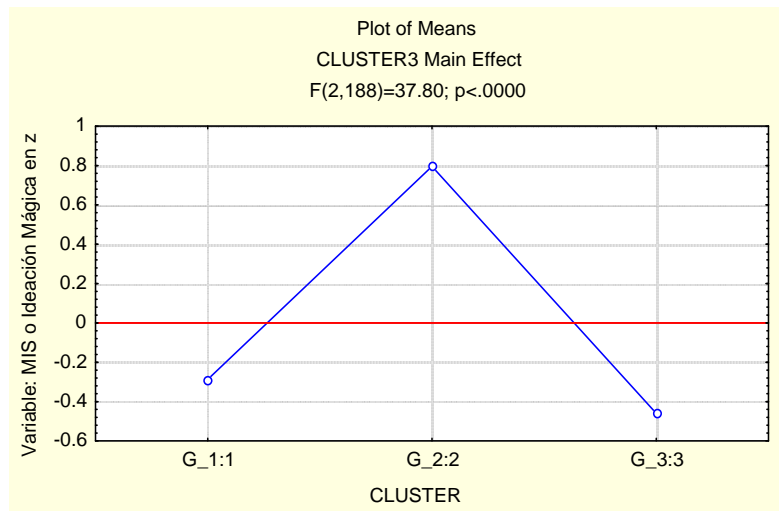


Figura 18. Los tres grupos (cluster) en la Escala de Ideación Mágica (MIS). Efecto principal.

Comentario figura 18:

- 1) En la comprobación post-hoc de Newman-Keuls el grupo 2 es muy superior ($p < .001$) al 1 y al 3 en Ideación Mágica (MIS).
- 2) No se observa diferencia entre el 1 y el 3.
- 3) También es una prueba más de validación interna de la solución de tres cluster.

D. ANOVA con Variables dependientes: Estilo de Personalidad Esquizotípico (Escala CEPER)

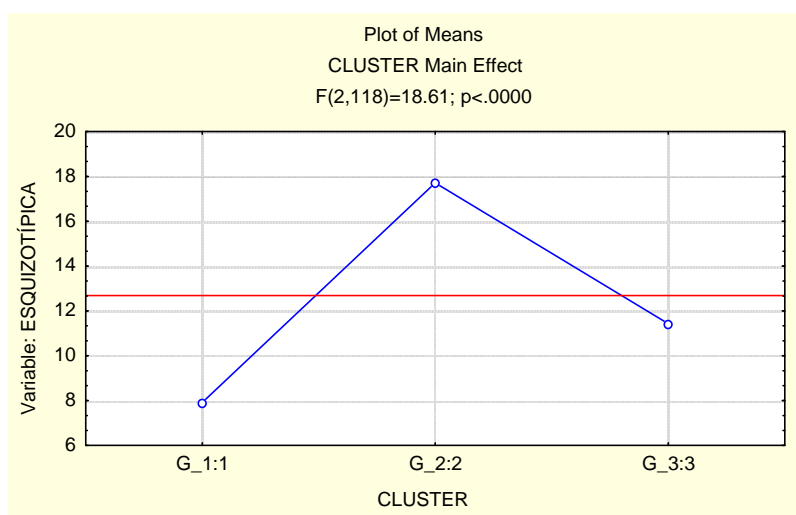


Figura 19. Efecto principal de cluster en la escala ESQUIZOTÍPICA (CEPER).

Comentario figura 19:

- 1) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra diferencias altamente significativas ($p < .001$) del grupo antisocial con los otros dos grupos en la variable Esquizotípica de CEPER.
- 2) El grupo supracontrolado también supera al resiliente ($p < .05$) en esta variable.
- 3) Resultados muy similares a los obtenidos con Psicoticismo.
- 4) Esta es una prueba a favor de la validación externa de la solución de los tres cluster.

E. ANOVA con Variable dependiente: Estilo de Personalidad Antisocial (Escala CEPER)

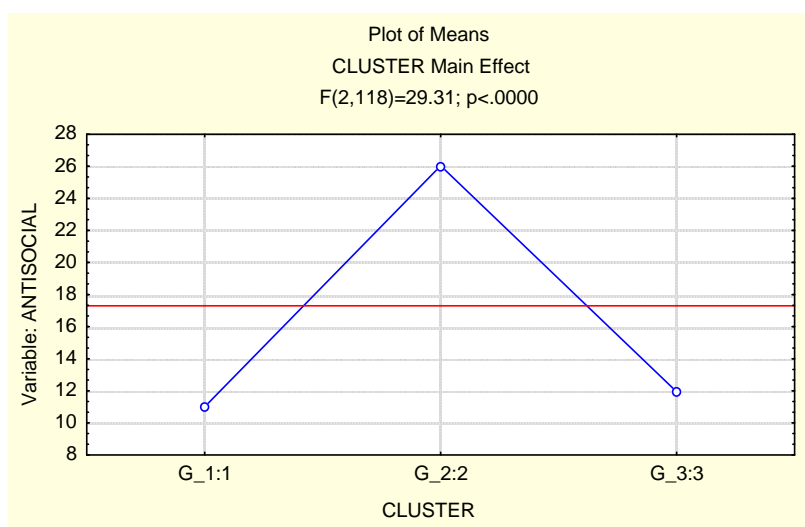


Figura 20. Efecto principal de cluster en ANTISOCIAL (CEPER).

Comentario figura 20:

- 1) En la comprobación post-hoc de Newman-Keuls el grupo 2 es muy superior ($p < .001$) al 1 y al 3 en Personalidad ANTISOCIAL, sin que haya diferencia entre el 1 y el 3 en esta variable.
- 2) También es una prueba más de validación externa de la solución de tres cluster.
- 3) Resultados acordes con la teoría del comportamiento antisocial de Eysenck.
- 4) En esta variable los varones superan a las mujeres ($p < .05$), como efecto principal, pero no en el grupo antisocial, donde las mujeres se manifiestan ligeramente superiores. La interacción, por ello, se aproxima a la significación estadística ($p = .08$).

F. ANOVA con Variable dependiente: Rumiación.

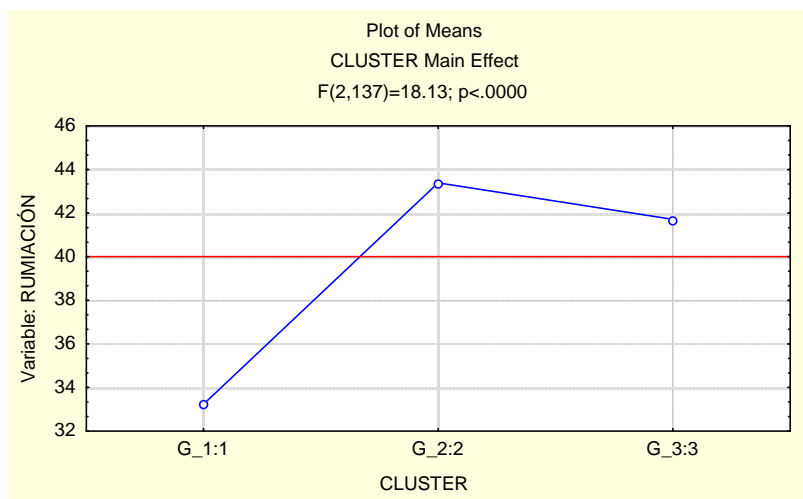


Figura 21. Efecto principal de cluster en la variable RUMIACIÓN.

Comentario figura 21:

- 1) Los grupos antisocial y supracontrolado, el 2 y el 3, son superiores al grupo normal y resiliente, el 1. La diferencia es altamente significativa ($p < .001$), según la comprobación post-hoc de Newman-Keuls.
- 2) No hay diferencia entre los grupos 2 y 3.
- 3) No hay diferencias de género.
- 4) Es digno de señalar el hecho de que en REFLEXIÓN no exista diferencia alguna entre los grupos, como tampoco por razón de Sexo.
- 5) Es una nueva prueba de validación externa de la solución de tres cluster elegida.

G. ANOVA con Variable dependiente: Fallos Cognitivos (CFQ)

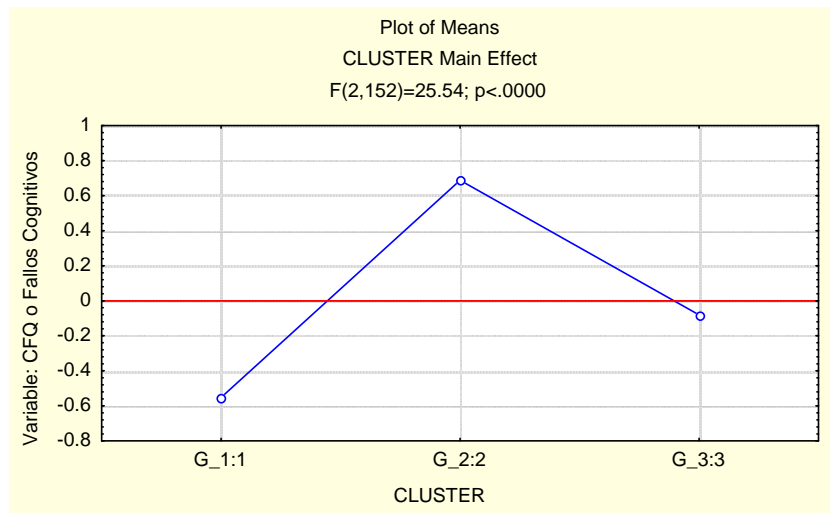


Figura 22. Efecto principal de cluster en FALLOS COGNITIVOS (CFQ).

Comentario figura 22:

- 1) En la comprobación post-hoc de Newman-Keuls el grupo 2 es muy superior ($p < .001$) al 1 y al 3 en Fallos Cognitivos o CFQ.
- 2) Existe diferencia aunque menos significativa, entre el 1 y el 3 en esta variable ($p < .01$).
- 3) Este ANOVA es una prueba más de validación externa de la solución de tres cluster.
- 4) Se analiza aquí de forma global el Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ), tal como aconsejaba el propio Broadbent cuando lo empezó a desarrollar.

7. 1. 2. 4. Conclusiones de los ANOVAS realizados.

En general y a la vista de los resultados de los diferentes ANOVAS, podemos extraer las siguientes **conclusiones**:

- 1) Respecto a la hipótesis planteada al inicio del apartado, vemos que si tomamos la variable cluster como independiente, el **grupo 2 o grupo antisocial puntúa significativamente más alto** ($p < .001$) respecto a los otros dos, **en las siete variables** evaluadas.

Así puede afirmarse que el grupo 2 puntúa significativamente más alto en neuroticismo, psicoticismo, ideación mágica, estilo esquizotípico, antisocial, rumiación y fallos cognitivos.

- 2) Respecto a la variable sexo tomada como variable independiente, vemos que sólo aparecen diferencia significativas entre los grupos en la variable de estilo antisocial, por lo que **la variable sexo no influye** en las puntuaciones de la muestra.
- 3) En las siete variables se confirma que los ANOVAS realizados son una **prueba de validación externa de la solución de tres cluster**.
- 4) Respecto a las diferencias que son más significativas entre los tres grupos, vemos que no existen diferencias significativas entre el grupo 1 y 3 en las variables de ideación mágica, estilo antisocial y rumiación.
- 5) Cuando hay diferencias significativas entre estos dos grupos, pese a no ser tan marcadas como las del grupo 2, vemos que con una $p < .01$ el grupo 3 (supracontrolado) es superior sobre el 1 (resiliente) en las variables de neuroticismo, psicoticismo, estilo esquizotípico y fallos cognitivos.

7. 1. 3. Estudio de la interacción de los datos según cuatro grupos diagnósticos y sexo, con las variables de personalidad del EPQ-R como variables dependientes.

A continuación se realizará un estudio de cómo varían las variables de personalidad evaluadas a partir del EPQ-R dentro de la muestra clínica (N=154), dividida a priori en **cuatro grupos diagnósticos**, en función de variables como sexo y edad de los pacientes tomadas como variables dependientes.

Los cuatro grupos diagnósticos que forman la muestra clínica, especificando la media de edad de cada uno según el sexo, son los mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 29. Distribución de los casos de la muestra por grupo diagnóstico y sexo (entre paréntesis, la edad en años).

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	Varones	Mujeres	Total
1. Esquizofrenia paranoide	40 (37.1)	19 (43.9)	59 (39.3)
2. Otros trastornos psicóticos	30 (40.2)	22 (39.3)	52 (39.8)
3. Trastornos de personalidad	15 (38.1)	10 (35.2)	25 (36.9)
4. Trastornos del estado de ánimo y ansiedad	12 (40.6)	6 (46.7)	18 (42.6)
Totales	97 (38.6)	57 (40.9)	154 (39.5)

Una vez definidos los cuatro grupos diagnósticos, se llevarán a cabo diferentes ANOVAS con grupo y sexo como variables independientes y diferentes variables del EPQ-R como variables dependientes, así como histogramas de variables del EPQ-R de los grupos diagnósticos según sexo.

Se busca establecer las características de personalidad dentro de la muestra clínica, estudiando la interacción de dichas variables en función del grupo diagnóstico y sexo al que pertenezcan los pacientes evaluados.

Para ello realizaremos un ANOVA con grupo diagnóstico y sexo como variables intergrupo o clasificadoras, siendo **Neuroticismo** (N) del EPQ-R la variable dependiente.

Dicho análisis aparece en la figura siguiente:

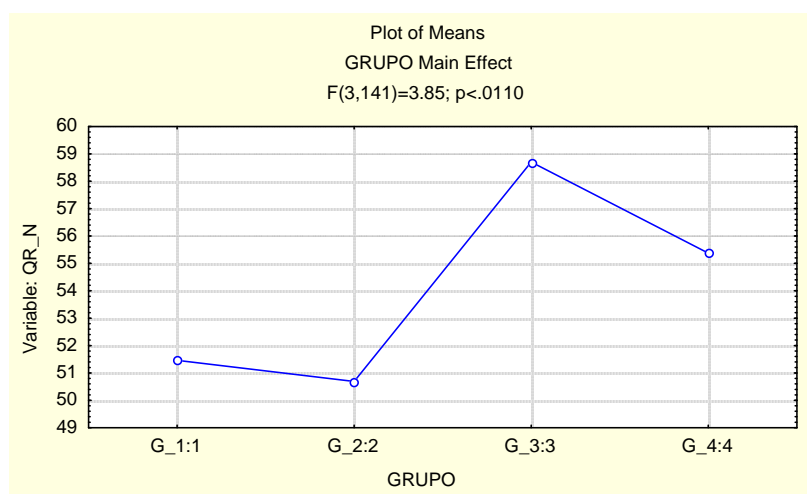


Figura 23. Efecto principal de grupo en NEUROTICISMO con grupo diagnóstico (N=154).

Comentario figura 23:

- 1) Observando la Figura, y según la comprobación post-hoc, siguiendo la prueba de Newman-Keuls, el **grupo 3** (trastornos de personalidad) posee un **mayor grado de Neuroticismo** ($p < .05$) que el grupo 1 (esquizofrenia paranoide) y también ($p < .01$) que el grupo 2 (otros trastornos psicóticos).
- 2) El grupo 3 (25 casos) obtuvo una media de 58.3 en el EPQ-R. El grupo 1 (59 casos) en cambio, alcanzó la media de 49.8. La media del grupo 2 (52 casos) fue de 51.0, y la del grupo 4 (18 casos) fue de 55.3.
- 3) La superioridad del grupo 4 respecto al grupo 1 y al 2 no llegó a ser estadísticamente significativa en esta variable. Tampoco hubo diferencia por razón de Sexo en el ANOVA.

- 4) Tal y como ocurre en la figura 9, que representa las medidas en el EPQ-R de tres grupos de sujetos (estudiantes, psicóticos y no psicóticos) los **no psicóticos puntúan significativamente más alto en Neuroticismo (N)** que los psicóticos y dentro de los no psicóticos, el grupo de los **trastornos de personalidad es el que puntúa más alto** de los cuatro grupos diagnósticos.

Posteriormente vemos mediante un histograma, la distribución de la variable **Extraversión (E)** del EPQ-R en cada uno de los cuatro grupos diagnósticos:

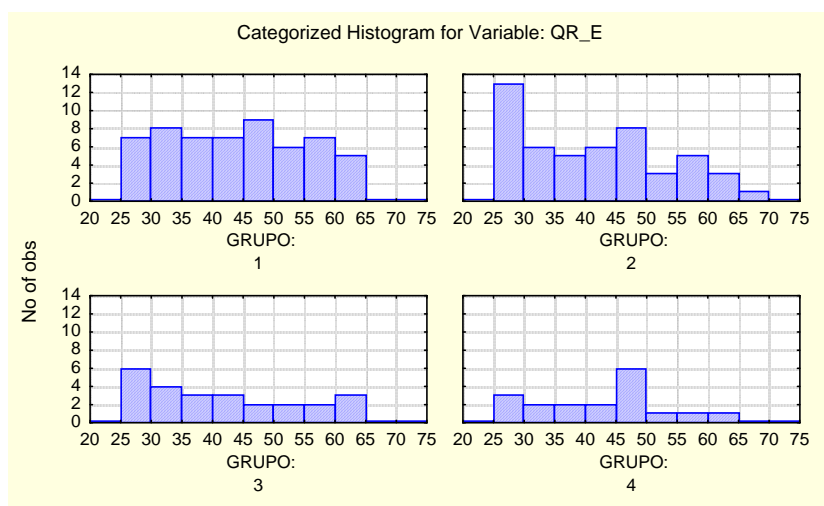


Figura 24. Los cuatro grupos de pacientes de la muestra en **EXTRAVERSIÓN (E)**, del EPQ-R.

Comentario figura 24:

- 1) No existen diferencias significativas entre los grupos en la variable E.
- 2) Se observa claramente que una gran mayoría de sujetos se halla por debajo de la media (media = 50) y esto ocurre en los 4 grupos.
- 3) También se observa cómo el **grupo 2** posee el mayor número de sujetos en el extremo más bajo de Extraversión, en otras palabras, poseen **alta introversión**. Algo parecido ocurre en el grupo 3.

En la siguiente gráfica se muestra la interacción ($p < .05$) de Sexo en cada uno de los cuatro grupos diagnósticos en la variable **Psicoticismo (P)** del EPQ-R:

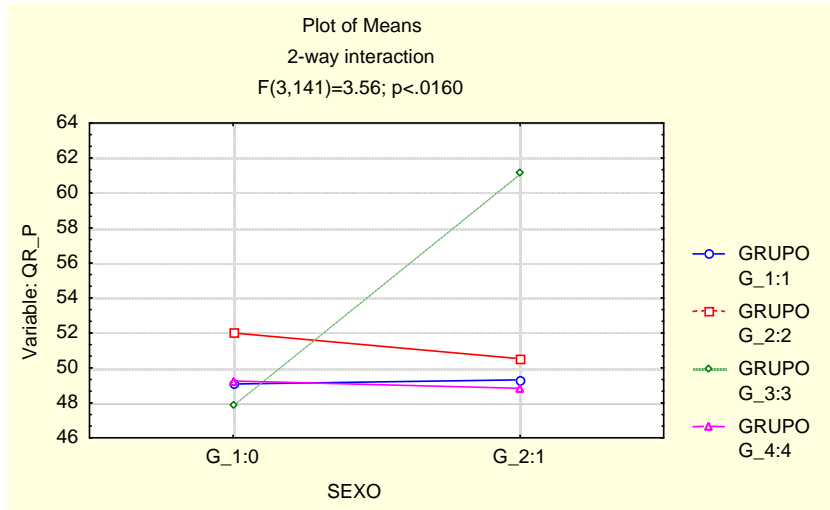


Figura 25. Interacción de sexo y grupo con PSICOTICISMO.

Comentario figura 25:

- 1) Esa interacción en P, tal y como muestra la figura, se debe a que los 15 varones del grupo 3 (trastornos de personalidad) son los que menos puntúan en P, siendo **las 10 mujeres de ese mismo grupo 3** las que puntúan muy alto en P.
- 2) Mientras que todos los grupos obtienen una media en P que se halla entre 52.0 y 47.9, las mujeres del grupo 3 presentan una media de 61.2.
- 3) A esto hay que hacer las siguientes puntualizaciones de interés:
 - (a) En las mediciones de P en la población normal, suele hallarse mayor puntuación de los varones sobre las mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa en la mayoría de los estudios.
 - (b) Estos resultados paradójicos (aparentemente) de nuestro estudio nos abren un camino para comprobar en este subgrupo de mujeres la hipótesis de Eysenck sobre el Psicoticismo (P) y la Ideación Mágica, o bien

sobre las puntuaciones altas en P en combinación las altas puntuaciones también en N y E.

Como conclusión, podemos decir que las **mujeres** del grupo diagnóstico de **trastorno de personalidad, puntúan de forma significativamente alta en Neuroticismo (N)**, comparadas con el resto de la muestra clínica.

Seguimos con Psicoticismo para comparar esta vez respecto a esta variable, sólo dos grupos: esquizofrenia paranoide, como grupo 1 y trastornos de personalidad, como grupo 3. Se buscará en ellos la interacción de sexo por grupo ($p < .005$) en la variable Psicoticismo (P) del EPQ-R.

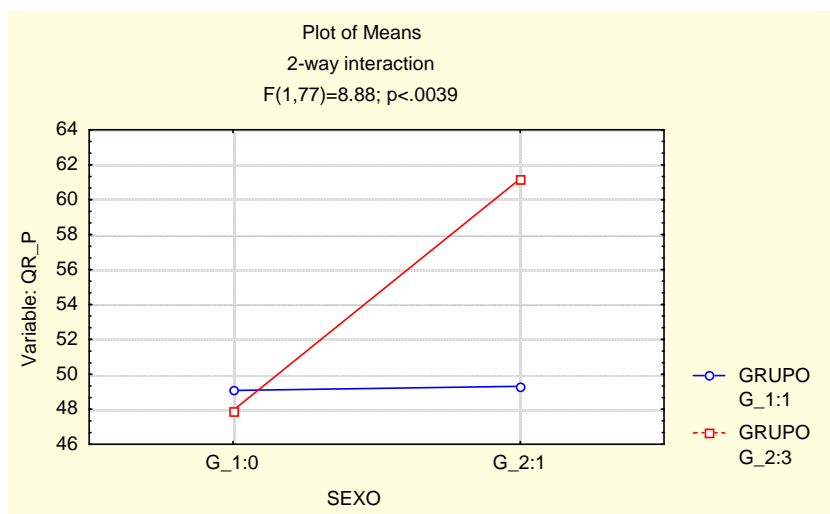


Figura 26. Interacción sexo x grupo en Psicoticismo del EPQ-R ($p < .005$).
Se comparan grupo 1 (Esquizofrenia paranoide) y grupo 3 (Trast. de personalidad).

Comentario figura 26:

- 1) Se observa que en el grupo de Esquizofrénicos paranoides (grupo 1) no hay diferencia alguna entre varones (codificados con 0) y mujeres (codificadas con 1) en la variable P.

En cambio, **sí existe diferencia altamente significativa** ($p < .001$) en el grupo 3, de **Trastornos de personalidad**, al **puntuar muy alto las mujeres en P**.

También la comprobación post-hoc de Newman-Keuls nos dice que la diferencia con el grupo de mujeres del grupo 1 es alta ($p < .001$), e incluso con los varones del grupo 1 ($p < .01$).

- 2) En esta comparación de los grupos 1 y 3, aparecen dos efectos principales: el GRUPO y el de SEXO, por puntuar más alto en P el Grupo 3 que el 1 ($p < .05$) y por puntuar más alto las mujeres que los varones ($p < .005$).

Todo esto se ilustra en la figura del histograma siguiente:

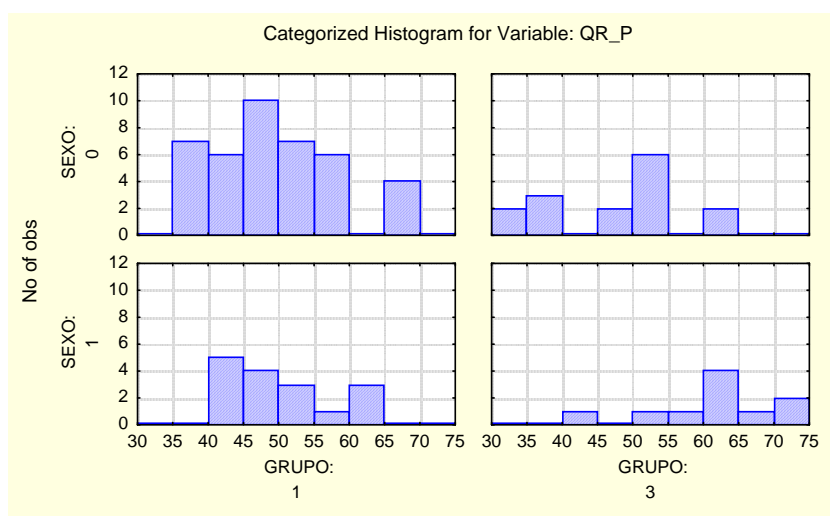


Figura 27. Histogramas para P de los grupos 1 y 3, según el SEXO (1 = mujeres y 0 = varones).

Comentario figura 27:

- 1) Se observa en la ilustración que las mujeres del grupo 3 (Sexo 1) puntúan casi todas por encima de 55, cuando la media es 50, algo que no ocurre en los demás grupos, ni de varones ni de mujeres.

- 2) Podemos decir pues, que las **mujeres** del grupo diagnóstico de **trastorno de personalidad** puntúan de **forma significativa por encima** respecto al resto de la muestra clínica, en la variable **Psicoticismo (P)**.

También ocurre algo parecido en la variable **Neuroticismo (N)**, en la que las mujeres del grupo 3 son las que más puntúan, según se ilustra con los histogramas siguientes:

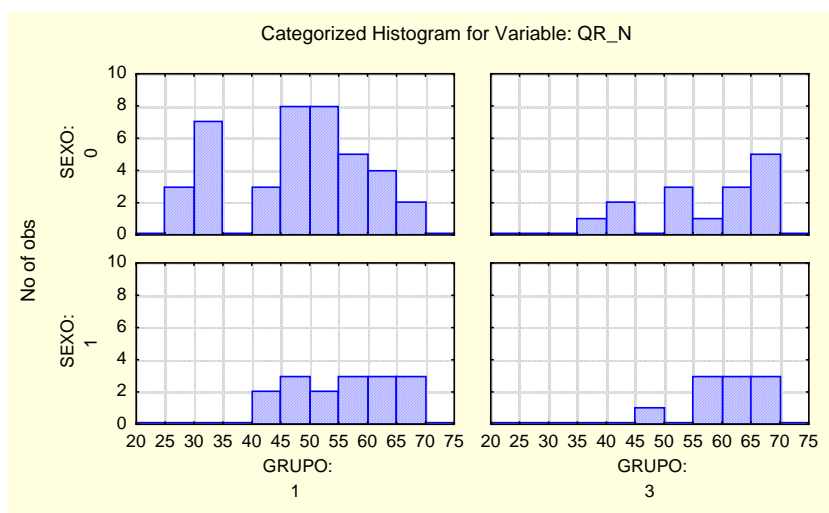


Figura 28. Histogramas para Neuroticismo (N), según el sexo (1 = mujeres y 0 = varones).

Comentario figura 28:

- 1) Las mujeres del grupo 3 tienen una media de 60.6, mientras que también es alta la media de los varones del grupo 3, con puntuaciones algunas de ellas de máximo N.
- 2) Es decir, las **mujeres** del grupo diagnóstico de **trastornos de personalidad** es el **significativamente más alto** de la muestra clínica en la variable **Neuroticismo (N)**.

Respecto a la variable **Extraversión (E)** seguimos el mismo procedimiento, obteniéndose los siguientes histogramas:

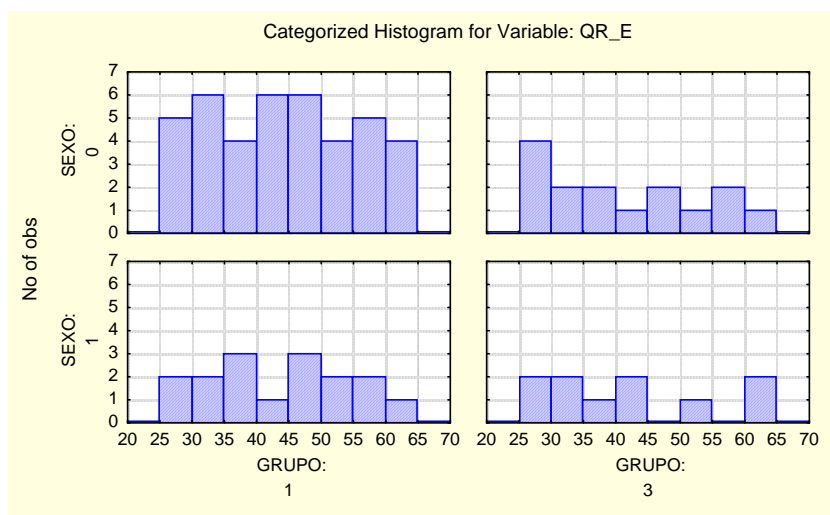


Figura 29. Histogramas para Extraversión (E), según el sexo (1 = mujeres y 0 = varones).

Comentario figura 29:

- 1) Los histogramas muestran a los sujetos del grupo 3 situados por debajo de la media. Es decir, las mujeres de ese grupo tienden a ser especialmente muy introvertidas.
- 2) Vemos de nuevo que las **mujeres** del grupo diagnóstico de **trastornos de personalidad** es el **significativamente más bajo** (y por tanto más introvertido) de la muestra clínica, esta vez en la variable **Extraversión (E)**.

Por último, estudiaremos dentro de las características de personalidad de la muestra clínica, la interacción de la edad, sexo y grupo diagnóstico al que pertenece el sujeto.

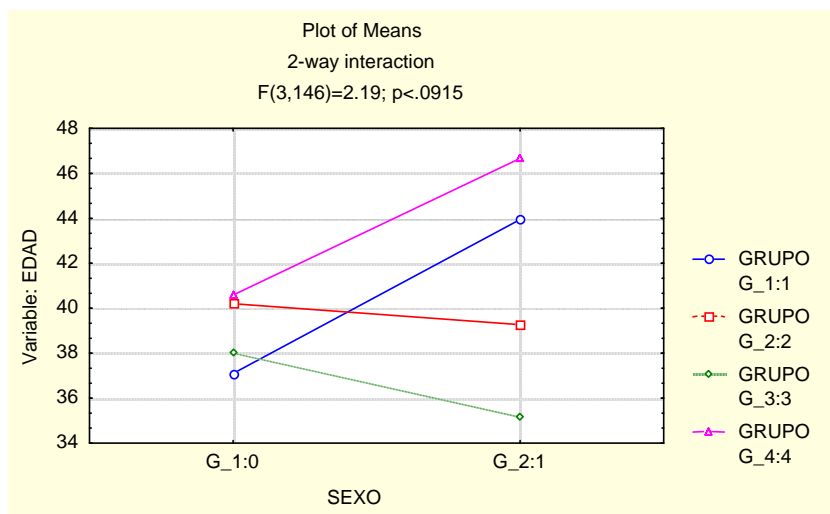


Figura 30. Efecto de las edades de los grupos diagnósticos, divididos según el sexo (1 = mujeres y 0 = varones).

Comentario figura 30:

- 1) A pesar de que la media de los varones (38.6 años) es inferior a la de las mujeres (40.9 años) en el total de la muestra, se observa en la figura cómo las mujeres del grupo 3 son las de menor edad (35.2 años) de todos los grupos de varones y mujeres.
- 2) Según la Tabla 29, a las mujeres del grupo 3 (las más jóvenes en edad) les siguen las del grupo 2 (39.3 años), las del 1 (43.9 años) y las mayores que son las del grupo 4 (46.7 años).

Como conclusión final, podemos decir que:

- Las **mujeres** del grupo diagnóstico de **trastornos de personalidad** son las que puntúan **significativamente peor** de la muestra clínica en las tres variables medidas por el EPQ_R: **Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo**.
- Presenta este grupo el **peor perfil de personalidad**, establecido mediante el EPQ-R.
- Este grupo es el que **menor edad** presenta (media de 35.2 años).

Es decir, de acuerdo con los resultados anteriores, **hay relación** entre las variables **sexo, edad, diagnóstico y perfil de personalidad**.

Se comprueba que las **mujeres** de la muestra clínica **de menor edad** que presentan un **diagnóstico de trastorno de personalidad**, tienen una **mayor probabilidad** de tener un **perfil de personalidad disfuncional** (alto neuroticismo y psicoticismo y baja extraversión).

7. 1. 4. El modelo del continuum de la esquizotipia-esquizofrenia.

Por desgracia, según se dice muy recientemente (Dagnall y Parker, 2009), la relación entre esquizofrenia y memoria no es la que algunos autores vienen afirmando, porque se confunden variables tales como la medicación, el tratamiento y la gravedad y tiempo de evolución de los síntomas.

Por esta razón, los investigadores con frecuencia han estudiado la **esquizotipia**. Se define por la presencia de un número de rasgos o síntomas, los cuales se asemejan a una forma atenuada de esquizofrenia (Raine et al., 1994; Raine y Lencz, 1995).

El modelo del continuum propone que la esquizotipia no es clínica sino una forma de variación individual normal (Buchy, Woodward y Liotti, 2007; Claridge y Beech, 1995). Este modelo sugiere que los individuos de la población general manifiestan rasgos esquizotípicos dentro de un continuum que va de la normalidad o salud, a la esquizofrenia en el extremo (Meehl, 1990).

Así es cómo la patología similar de la esquizotipia y esquizofrenia conforma la base de la visión completa dimensional del espectro esquizofrénico (Claridge y Beech, 1995; Buchy et al., 2007). Dentro de dicho espectro, se considera que la esquizofrenia y la esquizotipia poseen dimensiones comunes, como son las aberraciones cognitivo-perceptuales, los déficits interpersonales y la desorganización cognitiva.

Los hallazgos sugieren que la investigación de la esquizotipia podría ayudar a entender los déficits de memoria que se encuentran en la esquizofrenia, sin topar con la confusión de variables hallada en las poblaciones clínicas.

Así es como se opta por estudiar la relación entre la esquizotipia y la memoria de reconocimiento, esperando que los participantes del cuartil superior se comporten de modo diferente a los del cuartil inferior en las dimensiones señaladas más arriba.

Así ha ocurrido en efecto, en la prueba de falsas memorias (Dagnall y Parker, 2009), sin que se aprecien diferencias, si se consideran las puntuaciones globales de esquizotipia.

En la siguiente tabla se presenta una matriz de correlaciones entre los cinco estilos de personalidad evaluados en este estudio mediante el CEPER y las cuatro dimensiones de personalidad de las que se encarga el EPQ-R.

Tabla 30. Matriz de correlaciones entre las dimensiones de personalidad del EPQ-R y los estilos de los trastornos de personalidad del CEPER. N=127.

Dimensiones de personalidad	Estilo de Trastornos de personalidad (CEPER)				
	ANTISOCIAL	LIMITE	HISTRIÓNICO	NARCISISTA	ESQUIZOTÍPICO
N	.34	.61	.21	.19	.46
E	-.10	-.31	.20	.04	-.21
P	.56	.49	.29	.34	.34
L	-.47	-.43	-.31	-.24	-.27

Comentario Tabla 30:

- 1) De las correlaciones de la Tabla anterior destacan las más altas, entre Neuroticismo con Límite (**.61**) y Esquizotípico (.46), y entre Psicoticismo con Antisocial (**.56**) y Límite (.49).
- 2) Encontramos que **todas las correlaciones son significativas** excepto las dos sombreadas en color gris.
- 3) Las dos dimensiones de personalidad que correlacionan más claramente con los cinco estilos son Neuroticismo y algo más claramente Psicoticismo.
- 4) La escala de Disimulo (L) correlaciona negativamente con los cinco estilos CEPER, lo mismo que Extraversión con Límite y Esquizotípico.
- 5) Podría decirse que Psicoticismo sería la dimensión de personalidad que correlaciona más con un perfil de personalidad que apunte a lo patológico y con mayor fuerza si el sujeto además puntúa alto en neuroticismo.

7. 1. 5. Comparación de tres grupos en esquizotipia con distintas variables.

Dada la importancia que tiene para el modelo del continuum el estudio de la esquizotipia, se realiza una comparación de la muestra dividida en tres grupos, según la puntuación obtenida por cada sujeto en el estilo de esquizotipia del CEPER.

Así se forman tres **grupos a priori**, según sus puntuaciones obtenidas en esquizotipia. Son los grupos que aparecen a continuación en la figura 31 y pasarán a denominarse en lo sucesivo:

- **Grupo 1 ó Q1:** formado por aquellos sujetos que pertenecen al **cuartil inferior** de las puntuaciones obtenidas en esquizotipia.
- **Grupo 2 ó Q2:** formado por aquellos sujetos que pertenecen al **cuartil superior** de las puntuaciones en esquizotipia.
- **Grupo 3 ó Q3:** aquel que engloba las puntuaciones que se sitúan **entre los cuartiles inferior y superior**.

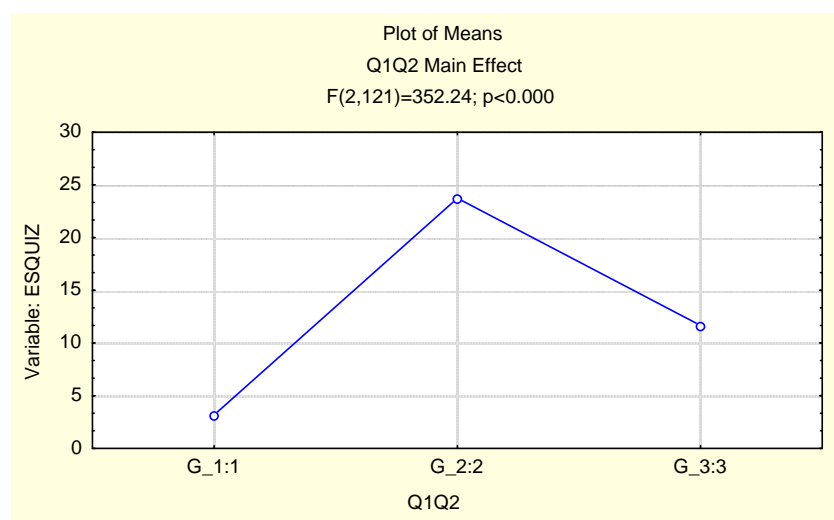


Figura 31. Tres grupos formados según las puntuaciones en ESQUIZOTIPIA.

Se realizará a continuación una comparación del cuartil inferior (Q1) con el superior (Q2) del estilo esquizotípico, con distintas variables: estilo antisocial, dimensiones NEP, ideación mágica (MIS) y fallos cognitivos (CFQ).

En la figura 32 se representan los tres grupos creados y su puntuación en la variable de **ESTILO ANTISOCIAL**:

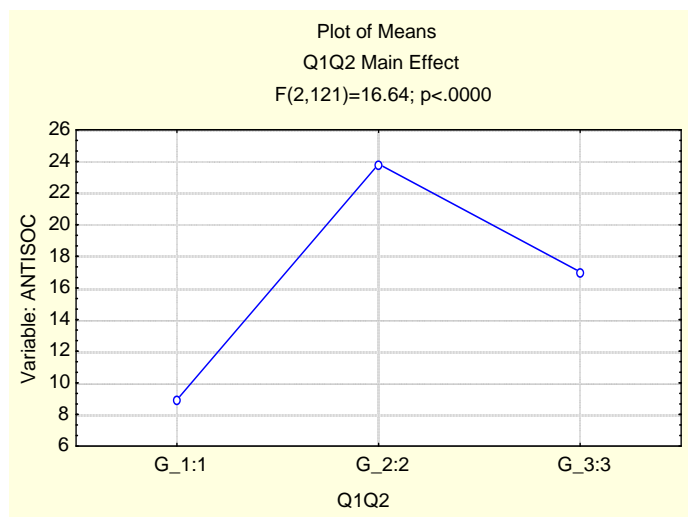


Figura 32. Personalidad antisocial.

Comentario figura 32:

- 1) El grupo de sujetos altos en personalidad esquizotípica (Q2) son los más altos en puntuar en personalidad antisocial.
- 2) Lo mismo ocurre en el resto de escalas de trastornos de personalidad, incluida la de Sinceridad.
- 3) Vemos pues que existe relación entre en estilo de personalidad esquizotípico y el resto de variables de trastornos de personalidad.

- 4) Es decir, puntuar alto en esquizotipia predispone a puntuar alto en el resto de trastornos de personalidad, con lo que la probabilidad de presentar un perfil de personalidad disfuncional o incluso una patología psiquiátrica dentro de los diferentes trastornos de personalidad es alta.

A continuación se realiza un estudio de las puntuaciones que obtienen estos tres grupos en las **TRES DIMENSIONES DE PERSONALIDAD** de Eysenck:

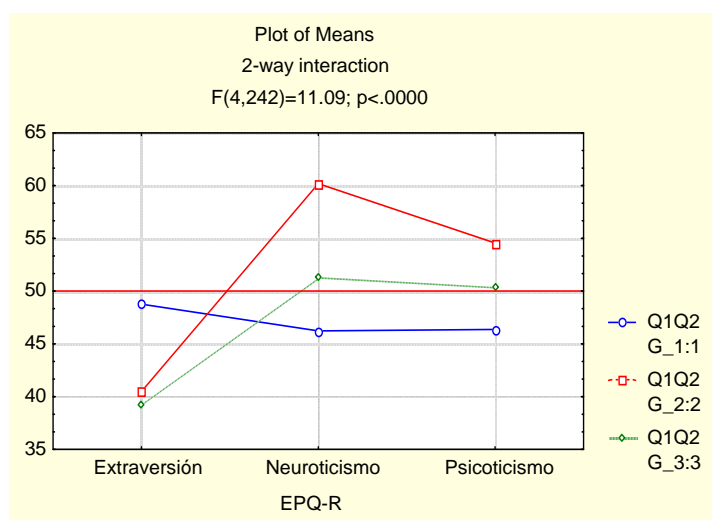


Figura 33. Tres grupos de personalidad esquizotípica en el EPQ-R de Eysenck.

Comentario figura 33:

- 1) El grupo Q1 (cuartil inferior), de bajas puntuaciones en Esquizotipia, se mantiene en las tres dimensiones **bastante próximo a la media** de 50.
- 2) El grupo Q2 (cuartil superior), de altas puntuaciones en Esquizotipia, puntúa bajo en Extraversión (alta introversión) y alto en Neuroticismo, así como también relativamente alto en Psicoticismo.

- 3) El grupo Q3 (grupo intermedio entre Q1 y Q2) también posee alta introversión, como el grupo del cuartil superior (Q2), situándose en la media en Neuroticismo y Psicoticismo.
- 4) Como conclusión principal podemos decir que la variable de esquizotipia confirma de nuevo su carácter de buen predictor de perfil de personalidad desajustado en el modelo de personalidad PEN de Eysenck: a mayor esquizotipia, el sujeto tiende a ser más introvertido y puntuar más alto en neuroticismo sobre todo y en psicoticismo.

Si puntúa menos en esquizotipia, la tendencia es la contraria y sus puntuaciones en estas dimensiones se aproximan a la media, es decir a un perfil de personalidad más equilibrado.

También se comparan los tres grupos según sus puntuaciones en la variable de **IDEACIÓN MÁGICA**, obteniéndose la siguiente figura:

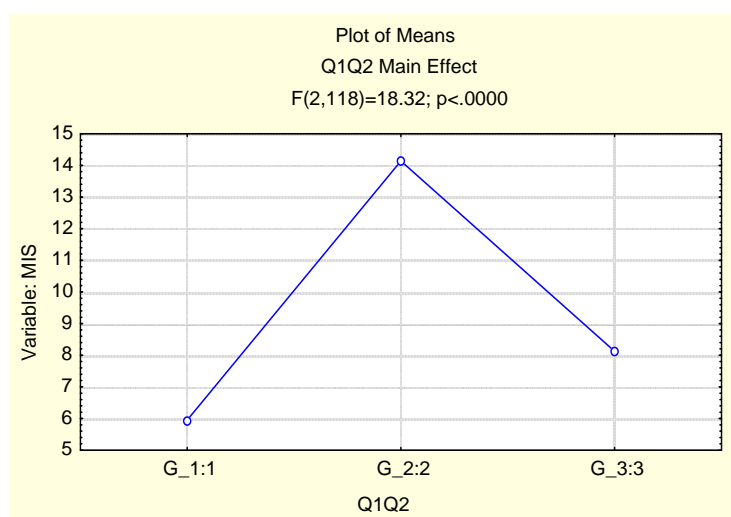


Figura 34. Los tres grupos en la Escala de Ideación Mágica (MIS).

Comentario figura 34:

- 1) Destacan en Ideación Mágica los altos o del cuartil 2 (Q2) en esquizotipia. Con diferencia altamente significativa ($p < .001$) superan a los bajos e intermedios en esquizotipia.
- 2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls nos da estas diferencias, sin que existan diferencias significativas entre bajos e intermedios (Q1 y Q3).
- 3) Destacar la alta correlación entre esquizotipia e ideación mágica, cuando la primera es especialmente alta en sus puntuaciones (cuartil superior). Confirma lo planteado anteriormente, que considera a la esquizotipia como una forma menor de psicosis, en la que son característicos síntomas de tipo psicótico con la ideación mágica.
- 4) En este modelo del continuum para la psicosis, Yung et al. (2009) identificaron cuatro subtipos de experiencias como las de las psicosis en adolescentes normales: experiencias extrañas, anomalías perceptivas, ideas persecutorias y pensamiento o ideación mágica.

Los tres primeros subtipos se asociaban de forma intermitente e infrecuente con distrés, depresión y pobre funcionamiento.

En cambio, la ideación mágica se asociaba sólo muy débilmente con estas variables, por lo que concluyen Yung et al. (2009) que el pensamiento mágico (o ideación mágica) puede ser una variante de la personalidad normal.

Tal como vemos en la figura, sólo los de mayor esquizotipia poseen alta ideación mágica, y por tanto serán quienes están en el límite de la esquizofrenia según el modelo del continuum.

A continuación y siguiendo con las comparaciones de los tres grupos, se realiza respecto a la variable de **RUMIACIÓN**:

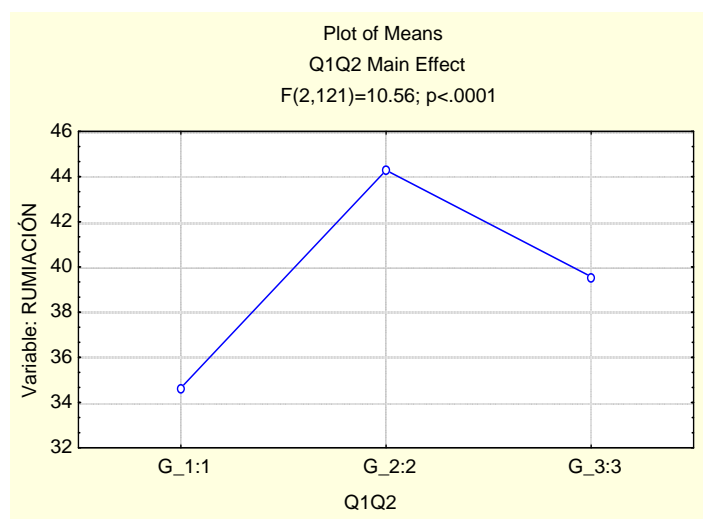


Figura 35. Diferencias entre cuartiles, inferior (Q1 y superior (Q2), en RUMIACIÓN.

Comentario figura 35:

- 1) Destacan en Rumiación los altos o del cuartil 2 (Q2) en esquizotipia. Con diferencia altamente significativa ($p < .001$), los altos del Q2 superan a los bajos del Q1, como también ($p < .01$) a los intermedios (Q3) en esquizotipia.
- 2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls nos da estas diferencias, indicando además que los intermedios son significativamente superiores en rumiación ($p < .05$) a los bajos del Q1.
- 3) Vemos que los resultados de las puntuaciones altas en rumiación por parte de los altos en esquizotipia corroboran el planteamiento teórico, ya que la variable de rumiación correlaciona con la variable de neuroticismo y tal y como refleja la tabla 30, la correlación de esta dimensión de personalidad con esquizotipia es significativa y positiva (.46).

Se realiza a continuación la comparación de los tres grupos en esquizotipia, respecto a la variable de **REFLEXIÓN**:

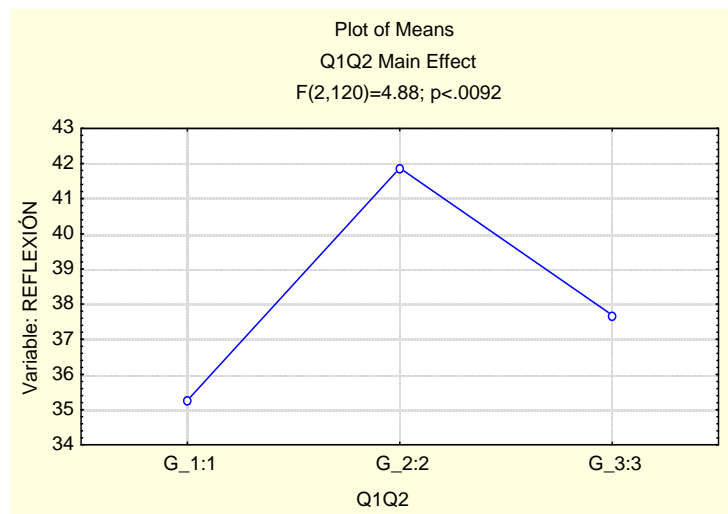


Figura 36. Diferencias entre cuartiles, inferior (Q1) y superior (Q2), en REFLEXIÓN.

Comentario figura 36:

- 1) Destacan en reflexión los altos o del cuartil 2 (Q2) en esquizotipia. Con diferencia significativa tanto con el Q1 ($p < .01$) como con los intermedios del Q3 ($p < .05$).
- 2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls no da diferencia significativa entre los grupos Q1 y Q3.
- 3) Como conclusión y comparando con los resultados obtenidos en rumiación, podemos decir que los obtenidos en la variable de reflexión, que correlaciona con Apertura a la experiencia según Trapnell y Campbell (1999), revelan que las diferencias entre los tres grupos son mucho menos significativas: entre el grupo 1 y el 2 es menos significativa ($p < .01$) y no existe entre diferencia significativa entre el grupo 1 y el 3.

Es decir, en la variable rumiación (que ya se ha apuntado, correlaciona alto con neuroticismo) las diferencias en los tres grupos son mayores que en reflexión.

Por último, se realiza la comparación de los tres grupos en esquizotipia respecto a la variable de **FALLOS COGNITIVOS**, en esta ocasión se incluye además la variable de sexo:

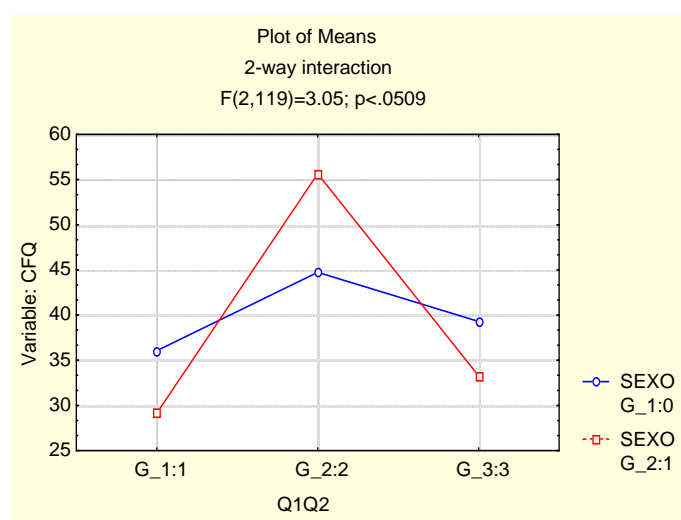


Figura 37. Los tres grupos de esquizotípicos en Fallos Cognitivos (CFQ).

Comentario figura 37:

- 1) Globalmente, el grupo de mujeres del cuartil superior (Q2) destaca en fallos cognitivos respecto al grupo de hombres del mismo cuartil.
- 2) En varones, la diferencia es muy débil. De ahí que la interacción Sexo por Esquizotipia (Q1Q2) se aproxime como una fuerte tendencia a la significación estadística.
- 3) Vemos pues que la puntuación en fallos cognitivos es mayor también en el grupo que puntúan más alto en esquizotipia, especialmente en el grupo de mujeres.

7. 2. FALLOS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA.

“La investigación de los mecanismos de la corteza prefrontal comienza a revelar no sólo la operación de la mente, sino también dónde reside el fallo cuando ésta no funciona correctamente. Los médicos culpan, a la disfunción de la corteza prefrontal, de muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos, entre ellos la enfermedad de Parkinson y la esquizofrenia.

Los atributos mentales anormales vinculados a esta última se asemejan mucho a los causados por lesiones físicas en la corteza prefrontal: perturbaciones del pensamiento, pérdidas intermitentes de atención, respuestas emocionales inapropiadas o aplanadas, y falta de iniciativa, planes y objetivos.

Los esquizofrénicos, como los pacientes que sufren lesiones en el lóbulo frontal y los monos afectados de heridas en el lóbulo prefrontal, conservan una capacidad normal para actos o hábitos rutinarios, pero muestran un comportamiento incoherente y desorganizado cuando intentan realizar tareas que implican información simbólica o verbal ... Los esquizofrénicos presentan un bajo rendimiento en tareas de memoria funcional ...

Quizá ha llegado la hora de considerar la esquizofrenia un fallo en los procesos mediante los cuales el conocimiento figurativo gobierna la conducta. En mi opinión, las rutas neurales de la corteza prefrontal actualizan los modelos internos de la realidad para reflejar las cambiantes demandas ambientales y la información que va llegando, guiando así la memoria a corto plazo y el comportamiento inmediato.

Si fallan, el cerebro ve el mundo como una serie de acontecimientos desconectados, a modo de sesión de diapositivas, y no como una secuencia continuada, en película.

El resultado es el comportamiento esquizofrénico, excesivamente dominado por la estimulación inmediata y no por un equilibrio entre la información actual, la pasada y la interiorizada” (Goldman-Rakic, 1992, p. 75).

A continuación se realiza un estudio de las características de los fallos cognitivos en la muestra clínica empleando como instrumento el Cuestionario de Fallos Cognitivos CFQ (*Cognitive Failures Questionnaire*).

Primero se realiza un análisis factorial del CFQ por el método de factores principales; posteriormente se estudia la fiabilidad de sus cinco factores, la fiabilidad por consistencia interna de sus 25 ítems, se describen finalmente estos cinco factores y por último se realiza un análisis de varianza con los cuatro grupos formados a partir de la muestra clínica según su diagnóstico.

7. 2. 1. Análisis Factorial por el método de factores principales y rotación varimax.

En la siguiente figura se observa un gráfico de sedimentación de los cinco valores que obtienen puntuaciones superiores a 1:

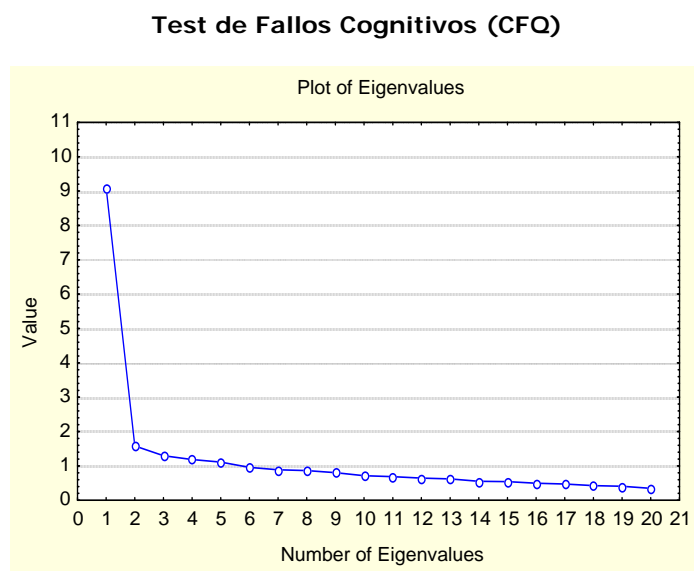


Figura 38. Gráfico de sedimentación con 5 valores propios (eigenvalues) superiores a 1.

Los 5 Factores son los siguientes:

Tabla 31. Análisis factorial de los cinco factores del CFQ

Eigenvalues (yug3.sta)
Extraction: Principal components

	Eigenval	% total Variance	Cumul. Eigenval	Cumul. %
1	9.100159	36.40064	9.10016	36.40064
2	1.583628	6.33451	10.68379	42.73515
3	1.297774	5.19109	11.98156	47.92624
4	1.183570	4.73428	13.16513	52.66052
5	1.112670	4.45068	14.27780	57.11120

Vemos que estos cinco factores explican el 57 % de la varianza



A continuación se realiza el análisis factorial de los cinco factores anteriores, respecto a los 25 ítems de los que consta el CFQ:

Tabla 32. Análisis factorial de los cinco factores respecto a los 25 ítems del CFQ

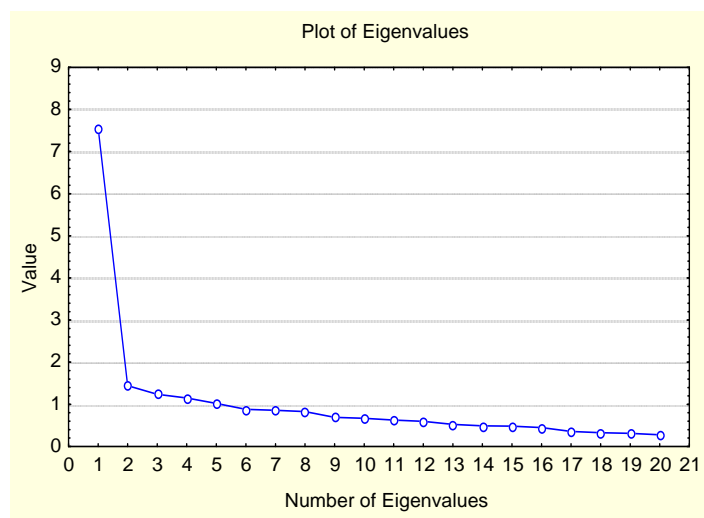
Factor Loadings (Varimax normalized) (yug3.sta)
Extraction: Principal components
(Marked loadings are > .700000)

Ítem CFQ	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
CFQ1	.089981	.612848	-.033641	.191377	.353413
CFQ2	.275084	.315699	.367691	.113018	.346267
CFQ3	.255532	.130706	.194752	.742566	.042233
CFQ4	.165968	.148187	.072821	.696308	.176862
CFQ5	.562076	.112231	.214869	.085407	.172149
CFQ6	.333409	.342559	.113873	.497636	.312058
CFQ7	.192599	.809270	.207388	.125979	-.048680
CFQ8	.103201	.054375	.669141	.137709	.081507
CFQ9	-.020931	.045314	.505286	.493475	.346598
CFQ10	.305243	.113986	.685513	-.028332	.142029
CFQ11	.572344	.354578	.369051	-.038180	.104602
CFQ12	.728517	.144428	.084837	.181567	.127298
CFQ13	.559267	.075908	.335952	.321160	.227396
CFQ14	.130789	.160504	.128348	.219863	.537124
CFQ15	.104676	.331952	.480093	.053799	.459820
CFQ16	.582131	.154748	-.093670	.005708	.381037
CFQ17	.520455	.124705	.199584	.146886	.441260
CFQ18	.693664	-.010171	.203587	.375491	-.044841
CFQ19	.095901	.262206	.563352	.252464	.070939
CFQ20	.071729	.620787	.292577	.111816	.350823
CFQ21	.406057	.046190	.445441	.342268	.228715
CFQ22	.220793	.196275	.110078	.073066	.718269
CFQ23	.517512	-.073218	.099561	.294780	.578956
CFQ24	.382754	.048635	.456304	.182423	.367518
CFQ25	.160967	.104623	.413344	.071108	.654907

Comentario tabla 32:

- 1) Los factores son claros, excepto el F3 que comparte el peso de varios ítems (los cuatro señalados en rosa) con otros factores.
- 2) Así pues se eliminan para proseguir con el análisis factorial, los ítems señalados (números 2, 9, 15 y 21).

A continuación se muestra un nuevo gráfico de sedimentación que muestra los cinco valores que puntúan por encima de uno, tras haber eliminado los cuatro ítems citados.



**Figura 39. Scree plot del CFQ de 21 ítems (se prescinde de los 4 señalados en la Tabla).
Son 5 los valores propios que superan 1.**

Los **cinco factores** quedarían así:

Tabla 33. Análisis factorial resultante de los cinco factores del CFQ
Eigenvalues (yug3.sta)
Extraction: Principal components

	Eigenval	% total Variance	Cumul. Eigenval	Cumul. %
1	7.557895	35.98998	7.55790	35.98998
2	1.445193	6.88187	9.00309	42.87185
3	1.239858	5.90409	10.24295	48.77594
4	1.151389	5.48281	11.39434	54.25874
5	1.023790	4.87519	12.41813	59.13393

Vemos que los cinco factores tras haber eliminado cuatro ítems, pasan a explicar un mayor porcentaje (59 %) de la varianza acumulada.

A continuación se realiza el análisis factorial de los cinco factores anteriores respecto a los 21 ítems restantes de los que 25 iniciales del CFQ:

Tabla 34. Análisis factorial resultante de los cinco factores respecto a los 25 ítems del CFQ
Factor Loadings (Varimax normalized) (yug3.sta)
Extraction: Principal components
(Marked loadings are > .700000)

Ítem CFQ	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
CFQ1	.278073	.538882	.337548	-.021695	.061754
CFQ3	.701872	.152358	.035736	.175527	.289017
CFQ4	.805304	.068856	.227944	.118270	.072342
CFQ5	.138877	.059994	.198100	.274263	.516272
CFQ6	.491576	.345403	.331833	.112104	.327056
CFQ7	.079713	.843496	-.035467	.212410	.216517
CFQ8	.080342	.104277	.102125	.673959	.086894
CFQ10	.050829	.078761	.161040	.738910	.208768
CFQ11	.038319	.307459	.109064	.431154	.509771
CFQ12	.113590	.171020	.113140	.090138	.778190
CFQ13	.315658	.080941	.237277	.364345	.563572
CFQ14	.205536	.167058	.505387	.101924	.172159
CFQ16	-.014499	.157540	.360031	-.086841	.620020
CFQ17	.165450	.098039	.409380	.180444	.550058
CFQ18	.419561	-.045093	-.025908	.248585	.650325
CFQ19	.282602	.276822	.087519	.525187	.069209
CFQ20	.048629	.670009	.388410	.278635	.060746
CFQ22	.022197	.234545	.746559	.112901	.208023
CFQ23	.234800	-.045401	.615206	.139596	.498121
CFQ24	.208457	.019892	.411687	.506318	.312047
CFQ25	.104804	.093602	.678728	.420040	.108440

Comentario tabla 34:

Los cinco factores quedan ahora más definidos, por lo que el siguiente paso es estudiar la fiabilidad de cada factor del CFQ.

7. 2. 2. Los 5 factores del CFQ: fiabilidad por consistencia interna.

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en el estudio de fiabilidad para cada una de los factores de la Escala de Fallos Cognitivos, especificando las propiedades psicométricas de cada uno de los ítems que corresponden a cada factor:

F 1. Atención espacial.

Tabla 35. Estudio de fiabilidad del factor F1 del CFQ.

Summary for scale: Mean=4.13333 Std.Dv.=2.83001 Valid N: 150
Cronbach alpha: .711503 Standardized alpha: .712703
Average inter-item corr.: .453178

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	I tm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ3	2.520000	3.996267	1.999066	.500816	.659682
CFQ4	3.073333	4.067955	2.016917	.558407	.587879
CFQ6	2.673333	4.073289	2.018239	.532394	.618534

F 2. Fallos de codificación.

Tabla 36. Estudio de fiabilidad del factor F2 del CFQ.

Summary for scale: Mean=6.37333 Std.Dv.=2.95275 Valid N: 150
Cronbach alpha: .683015 Standardized alpha: .682402
Average inter-item corr.: .422337

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	I tm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ1	4.066667	5.048889	2.246973	.398631	.706866
CFQ7	4.540000	3.901733	1.975281	.551805	.514415
CFQ20	4.140000	4.427066	2.104059	.551045	.522041

F 3. Distraibilidad.

Tabla 37. Estudio de fiabilidad del factor F3 del CFQ.

Summary for scale: Mean=7.30201 Std.Dv.=3.44200 Valid N:149
Cronbach alpha: .740969 Standardized alpha: .746334
Average inter-item corr.: .427248

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ14	5.510067	7.511643	2.740738	.420179	.748894
CFQ22	5.073825	7.491194	2.737005	.594590	.655046
CFQ23	6.046980	6.608531	2.570706	.583956	.651974
CFQ25	5.275168	7.152471	2.674410	.558456	.668025

F 4. Atención focal mal dirigida.

Tabla 38. Estudio de fiabilidad del factor F4 del CFQ.

Summary for scale: Mean=5.71333 Std.Dv.=3.35852 Valid N:150
Cronbach alpha: .669658 Standardized alpha: .671908
Average inter-item corr.: .339920

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ8	4.446667	7.527156	2.743566	.413650	.626850
CFQ10	4.086667	6.612489	2.571476	.517364	.557128
CFQ19	4.213333	6.927822	2.632076	.392008	.646822
CFQ24	4.393333	6.918622	2.630327	.489214	.577957

F 5. Acciones mal dirigidas.

Tabla 39. Estudio de fiabilidad del factor F5 del CFQ.

Summary for scale: Mean=8.79730 Std.Dv.=5.85419 Valid N:148
Cronbach alpha: .827669 Standardized alpha: .828102
Average inter-item corr.: .409279

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ5	7.621622	27.22170	5.217442	.512397	.813852
CFQ11	7.554054	24.78762	4.978716	.565954	.806619
CFQ12	7.520270	24.56040	4.955845	.638256	.793207
CFQ13	7.385135	25.07464	5.007459	.628752	.795152
CFQ16	7.655406	26.67180	5.164474	.486924	.818229
CFQ17	7.047297	25.46398	5.046185	.603870	.799398
CFQ18	8.000000	26.31081	5.129406	.580281	.803715

FF 6. (corresponde a los cuatro ítems eliminados)

Tabla 40. Estudio de fiabilidad de ítems eliminados.

Summary for scale: Mean=7.24161 Std.Dv.=3.53869 Valid N: 149
Cronbach alpha: .722392 Standardized alpha: .722551
Average inter-item corr.: .395133

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	I tm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ21	5.684564	7.303185	2.702441	.524659	.653036
CFQ2	5.469799	7.792712	2.791543	.500994	.666809
CFQ9	5.570470	7.734967	2.781181	.505739	.664031
CFQ15	5.000000	7.744967	2.782978	.512009	.660452

7. 2. 3. Fiabilidad por consistencia interna del total de 25 ítems del CFQ.

En la siguiente tabla se muestra la fiabilidad de cada uno de los 25 ítems del CFQ:

Tabla 41. Estudio de fiabilidad del total de 25 ítems del CFQ.

Summary for scale: Mean=39.5137 Std.Dv.=17.8879 Valid N: 146
Cronbach alpha: .925190 Standardized alpha: .925589
Average inter-item corr.: .335464

	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	I tm-Totl Correl.	Alpha if deleted
CFQ3	37.90411	293.7305	17.13857	.529397	.922713
CFQ4	38.45890	297.6730	17.25320	.472809	.923564
CFQ6	38.05479	290.6682	17.04899	.644670	.920839
CFQ1	37.21918	298.0479	17.26406	.436668	.924213
CFQ7	37.67123	294.6864	17.16643	.457716	.924139
CFQ20	37.28082	293.1746	17.12234	.555187	.922273
CFQ8	38.23973	299.8398	17.31588	.438736	.924037
CFQ10	37.90411	294.3607	17.15694	.538957	.922535
CFQ19	38.00000	294.6164	17.16439	.490827	.923409
CFQ24	38.19178	291.1824	17.06407	.635438	.920997
CFQ5	38.32877	297.9056	17.25994	.509151	.922996
CFQ11	38.28767	289.1227	17.00361	.595514	.921599
CFQ12	38.23288	291.9457	17.08642	.566400	.922091
CFQ13	38.10959	288.8099	16.99441	.673457	.920319
CFQ16	38.36986	297.4659	17.24720	.461472	.923779
CFQ17	37.76027	290.6754	17.04921	.635961	.920961
CFQ18	38.71918	296.0786	17.20694	.539410	.922539
CFQ14	37.74657	296.3125	17.21373	.482459	.923460
CFQ22	37.28082	297.5307	17.24908	.553749	.922414
CFQ23	38.25343	289.5180	17.01523	.640399	.920842
CFQ25	37.48630	292.6607	17.10733	.614118	.921372
CFQ21	37.95890	288.9983	16.99995	.637536	.920867
CFQ2	37.74657	292.4632	17.10155	.594857	.921636
CFQ9	37.85616	294.3012	17.15521	.549306	.922368
CFQ15	37.26712	292.7985	17.11136	.594369	.921655

7. 2. 4. Descripción de los 5 factores del cuestionario de fallos cognitivos (CFQ) hallados en este trabajo.

En Pollina et al (1992 y 1993) se encuentra el Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ, *Cognitive Failures Questionnaire*) para medir las "dimensiones de la memoria cotidiana".

Caracterizamos los 5 factores siguiendo **dos criterios**: primero, según el ítem de mayor peso en el Factor descrito, y, segundo, según los hallazgos de la investigación de 1992 y 1993, de Pollina y colaboradores.

F1. Factor de ATENCIÓN ESPACIAL.

Ítem 4. ____¿Encuentra usted que confunde la derecha y la izquierda cuando da direcciones?

Memoria cinestésico/espacial (*spatial/kinesthetic memory*). F 5 en mayores (Pollina, 1993). También allí se incluye el ítem 3 en este factor.

F2. Factor de FALLOS DE CODIFICACIÓN.

Ítem 7. ____¿Falla usted en prestar atención a los nombres de otras personas cuando queda con ellas?

Memoria para los nombres (*memory for names*). Factor 1 en mayores (Pollina, 1993). También allí se incluyen los otros dos ítems del factor, el ítem 1 y el 20.

F3. Factor de DISTRAIBILIDAD.

Ítem 22. ____¿Se encuentra usted con que no puede recordar exactamente algo, aunque lo tenga en la punta de la lengua?.

Distraibilidad (*distractibility*). F 4 en mayores (Pollina, 1993). También se incluyen en Pollina los ítems 14 y 25.

Según Pollina et al. (1992, p. 313), los ítems que ponderan en el factor 1 parecían reflejar disrupciones de procesos atencionales internalizados, como para poder originar lo más probablemente un foco atencional inapropiado.

En correspondencia, los ítems 22 y 14, los que tocan el procesamiento verbal, se interpretaron como que reflejaban interrupciones en la recuperación de información de la memoria a largo plazo. Aunque algo menos sencillo, se interpretó que el ítem 25 reflejaba fallos en el foco atencional, igualmente.

Es decir, la conversación exitosa requiere seguirle la pista a los comentarios y metas del que escucha, seguirle la pista a los propios comentarios y metas, y tomar decisiones sobre qué comentarios para hacer que se enmarquen y cómo se enmarquen.

En este sentido, el factor 1 podría ser análogo a las salidas desde secuencias sin problemas del procesamiento de la memoria previamente discutido por Broadbent et al. (1982).

Es el factor que incluye el fenómeno de "*En la punta de la lengua*", que tiene una entidad destacada y distintiva en los fallos cognitivos de la memoria, y que cuando se experimenta, según Niebauer (2004), el sujeto muestra una mayor activación del hemisferio derecho, relacionado con el *borde* de la conciencia.

F4. Factor de ATENCIÓN FOCAL MAL DIRIGIDA.

Ítem 10. ____¿Pierde la paciencia y lo lamenta?

Inteligencia interpersonal (*interpersonal intelligence*). F 3 en mayores (Pollina, 1993). También incluye este factor en Pollina los ítems 19 y 24. Por ello, la denominación más adecuada es la de Atención focal mal dirigida.

F5. Factor de ACCIONES MAL DIRIGIDAS.

Ítem 12. ____¿Encuentra usted que se olvida de qué modo volver en un camino que conoce bien pero que raramente usa?

Acciones mal dirigidas (*misdirected actions*). F 2 en mayores (Pollina, 1993). Este factor 5 incluye también, como en Pollina (1993), los ítems 13, 16, 17 y 18. Son ítems compartidos con el Cuestionario de la Memoria Cotidiana (CMC) que expresan fallos de la memoria cotidiana muy frecuentes en las personas mayores.

Comentario final.

En Wallace, Kass y Stanny (2002) el ítem 4 (¿se da cuenta de que confunde la derecha e izquierda cuando da direcciones?) tiene un peso factorial de .41 en el Factor 2 de Distraibilidad, junto con otros ítems 1, 2, 3, 4, 15, 19, 21 y 22 (con un alfa de .82). El fallo cognitivo se define aquí como "fallo de una persona en completar una tarea que normalmente es capaz de completar".

En Wallace (2004), en la pág. 322, se muestra un resumen con los ítems y sus mayores pesos factoriales de todos los modelos, incluido el de Pollina et al. (1992).

El factor de Pollina Memoria Espacial/Cinestésica incluye el ítem 4 más otros 5 ítems, coincidiendo sólo el ítem 3 en el factor que lo incluye en Wallace et al. (2002).

Ya Broadbent et al. (1982) afirmó que el CFQ solamente evaluaba una propensión general al fallo, y ello a pesar de que propuso tres categorías de fallos: errores de **memoria**, errores de **atención** y errores **psicomotores** (o de acción).

Llegó a esta conclusión basándose en los análisis factoriales que realizó, para afirmar que “al margen del obvio factor general, los resultados (de los análisis factoriales) son muy variables de un grupo a otro” (p. 5).

Concluyó que la escala sólo habría de usarse para evaluar un único factor general: el fallo cognitivo. La consistencia interna que encontró en la escala era alta (alfa = .89).

En Pollina et al. (1992) son interesantes, además de situar la Confusión derecha-Izquierda del ítem 4 en la Memoria espacial/Cinestésica, las **diferencias de género** respecto a ese ítem 4 en la pág. 309 (.83-.88 media y desviación típica en varones, por 1.20-1.08 en mujeres, F: 13.75, p < .001). El **peso factorial es de .43** para el ítem 4.

Según los autores, “el fallo en darse cuenta de las indicaciones en la carretera (ítem 3), chocar con la gente (ítem 5) y confundir derecha e izquierda al dar direcciones (ítem 4) son ejemplos obvios de **inatención a la localización espacial de uno mismo** con respecto a la de otra persona u objeto” (p. 313).

7. 2. 5. Análisis de varianza con la clasificación en 4 grupos diagnósticos.

En este apartado se realizará un análisis de varianza, clasificando a la muestra clínica en cuatro grupos según su diagnóstico, para estudiar sus características respecto a diferentes variables de tipo cognitivo, como las puntuaciones globales de Fallos cognitivos, los factores 4 y 5 del CFQ y la de rumiación.

Los cuatro grupos establecidos **a priori según su diagnóstico**, reciben en lo sucesivo la siguiente denominación:

- **Grupo 1: Esquizofrenia paranoide.**
- **Grupo 2: Otros trastornos psicóticos.**
- **Grupo 3: Trastornos de personalidad.**
- **Grupo 4: Trastornos de ánimo y ansiedad.**

Cada uno de los cuatro grupos viene descrito respecto a la media de edad, número de pacientes y sexo, en la tabla siguiente:

Tabla 42. Datos estadísticos de cada grupo diagnóstico (edad, sexo y número).
Means (yug3.sta)
1 Dependent Variable

Grupo	Edad	N Válido
G_1:1	39.30508	59 (40 v y 19 m)
G_2:2	39.80769	52 (30 v y 22 m)
G_3:3	36.92000	25 (15 v y 10 m)
G_4:4	42.61111	18 (12 v y 6 m)
All	39.47403	154

Vemos que la muestra clínica analizada está formada por un total de 154 pacientes, de los que 97 son varones y 57 mujeres, con una media de edad de 39.5 años. No hay diferencia significativa entre los 4 grupos por razón de edad.

A continuación se presenta el análisis de varianza de los cuatro grupos ya descritos anteriormente, respecto a la variable de **FALLOS COGNITIVOS**:

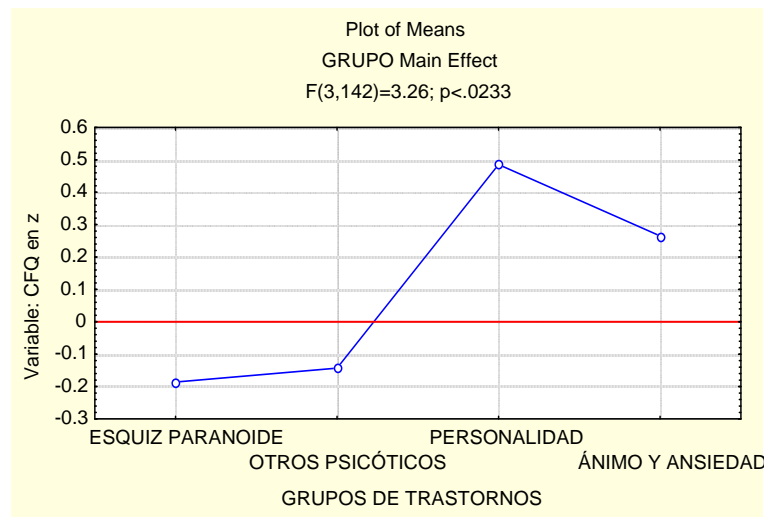


Figura 40. Los cuatro grupos diagnósticos en Fallos Cognitivos (CFQ), transformadas sus puntuaciones globales a puntuaciones Z.

Comentario figura 40:

- 1) Los dos grupos no psicóticos, bien con Trastornos de personalidad o con trastornos del estado de ánimo y ansiedad, superan a los dos grupos psicóticos (esquizofrenia paranoide y otras psicosis) en el Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ).
- 2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre Trastornos de personalidad y los dos grupos psicóticos. No existen más diferencias significativas.
- 3) Estos resultados coinciden con los recogidos en la figura 11, que compara a los dos grupos psicóticos o no psicóticos en puntuaciones del CFQ, con la diferencia de que aquí, cada uno de los dos grupos se subdivide en otros dos según su diagnóstico hasta formar cuatro.

- 4) Revelan que los sujetos de la muestra clínica puntúan mucho más alto en fallos cognitivos si pertenecen por su diagnóstico al grupo de los no psicóticos y especialmente al de trastornos de personalidad.

A continuación se presenta el análisis de varianza respecto al **FACTOR 5 DEL CFQ (ACCIONES MAL DIRIGIDAS)**:

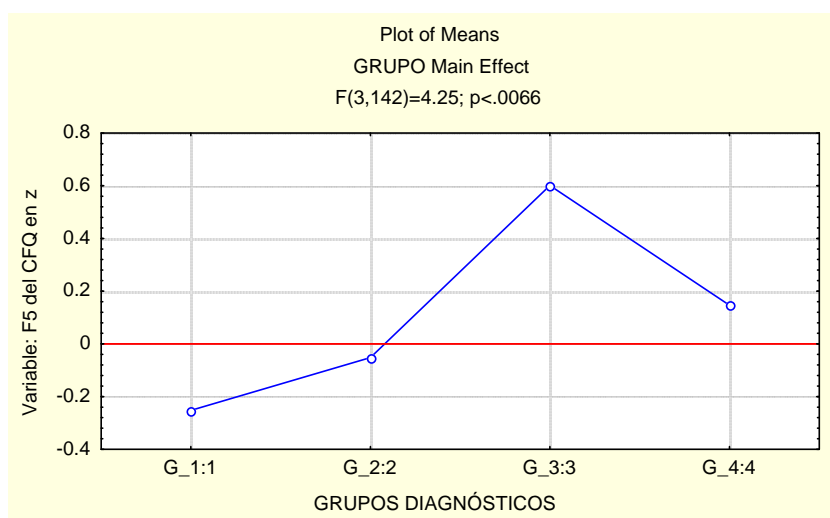


Figura 41. Los grupos diagnósticos de la Figura anterior, con sus medias en Z referidas al Factor 5 del CFQ o Fallos Cognitivos.

Comentario figura 41:

- 1) Sobre la media (con valor igual a 0) se hallan las puntuaciones de los grupos no psicóticos (el 3 y el 4), mientras que los grupos psicóticos puntúan por debajo de la media (el 1 y el 2).

- 2) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls muestra claramente diferencia entre el grupo 1 (esquizofrenia paranoide) y el grupo 3 (trastornos de personalidad), ya que estos últimos son muy superiores en Fallos Cognitivos ($p < .005$). La diferencia también es significativa con el otro grupo de psicóticos ($p < .05$).
 - 3) Este factor 5 incluye "acciones mal dirigidas", que según la literatura viene investigando con sus ítems, acciones que indican fallos en la memoria cotidiana muy relacionados con la atención.
 - 4) Resulta significativo comprobar, que por un lado, autores como Goldman-Rakic (1992) consideran que en la esquizofrenia el déficit de la memoria a corto plazo es un aspecto básico en sus déficits cognitivos, mientras que por el otro, a la vista de los resultados obtenidos por el grupo de esquizofrénicos, las puntuaciones obtenidas en el factor 5 del CFQ son significativamente inferiores a la de los otros tres grupos diagnósticos.
 - 5) Son los sujetos con diagnóstico de trastorno de la personalidad los que puntúan mucho mas alto ($p < .005$) que los trastornos de personalidad en un factor del CFQ en el que tiene mucho peso la atención.
 - 6) Por último, los déficits señalados por Goldman-Rakic en la esquizofrenia son similares a los observados en sujetos con lesiones prefrontales.
-

A continuación se presenta el análisis de varianza respecto al **FACTOR 4 DEL CFQ (ATENCIÓN FOCAL MAL DIRIGIDA)**:

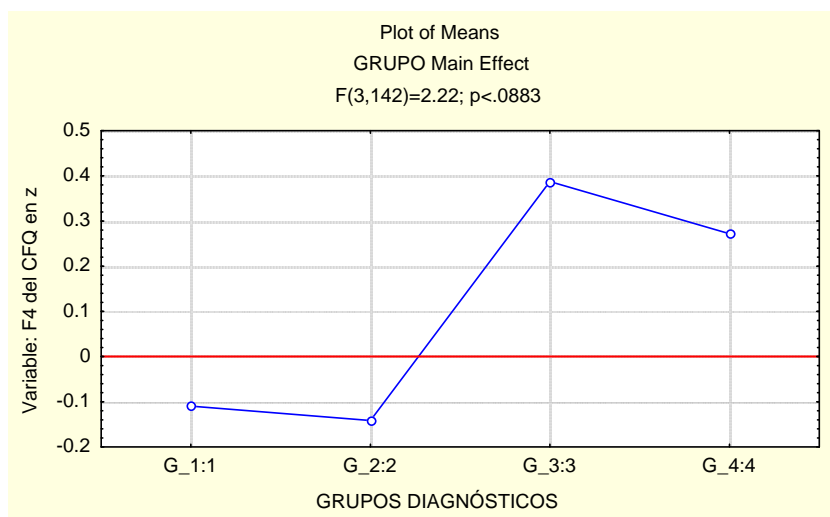


Figura 42. Los grupos diagnósticos de la Figura anterior, con sus medias en z referidas al Factor 4 del CFQ o Fallos Cognitivos

Comentario figura 42:

- 1) Se muestra una tendencia ($p = .08$) para mostrar superioridad del grupo 3 (trastorno de personalidad) sobre los grupos psicóticos en el Factor 4 del CFQ: Atención focal mal dirigida.
- 2) Nuevamente se advierte que los grupos psicóticos, en cuanto comparados con los grupos diagnósticos no psicóticos, no muestran fallos cognitivos relacionados con la atención, aspecto ya comentado que se comprobará en el subtest de CONTROL ATENCIONAL de la Batería LURIA-DNA, más adelante en el bloque de exploración neuropsicológica.

Por último, se presenta el análisis de varianza respecto a la variable de **RUMIACIÓN**:

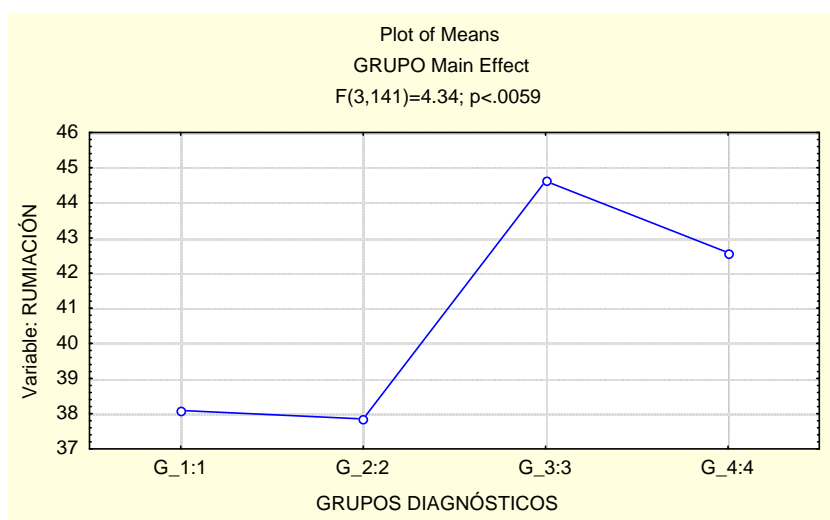


Figura 43. Los cuatro grupos diagnósticos referidos a Rumiación

Comentario figura 43:

- 1) La rumiación es superior en los grupos no psicóticos, según el efecto principal de grupo ($p < .01$). Es importante reseñar la estrecha relación que la variable de rumiación tiene con la dimensión de personalidad de Neuroticismo.
- 2) Esta superioridad, al comprobarla post-hoc según el procedimiento de Newman-Keuls, se da de forma significativa ($p < .01$) es del grupo 3 (trastornos de personalidad) sobre el grupo 1 y el grupo 2 (grupos no psicóticos). No es significativa ($p = .05$) la diferencia entre el grupo de esquizofrenia paranoide (grupo 1) y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (grupo 4).
- 3) No se dan diferencias entre los grupos diagnósticos en la variable **REFLEXIÓN**. De forma análoga a la variable de rumiación con neuroticismo, en este caso la variable de reflexión tiene una firme relación con la variable de personalidad de Apertura a la experiencia.

7. 2. 6. Conclusiones del Análisis de varianza con la clasificación en 4 grupos diagnósticos.

Como principales conclusiones al comparar las características de los fallos cognitivos de los cuatro grupos diagnósticos de la muestra clínica, podemos decir que:

- 1) De los cuatro grupos, el de **trastornos de personalidad**, es el que puntúa de forma significativa **más alto** en puntuaciones globales del **cuestionario CFQ**, en el factor 5 Acciones mal dirigidas, en el factor 4 Atención mal enfocada y en rumiación.
- 2) El grupo de sujetos no psicóticos de la muestra clínica (trastornos de personalidad y trastornos de ánimo y ansiedad), manifiesta igualmente este **peor rendimiento** en la variable de fallos cognitivos **respecto a los psicóticos** (esquizofrenia paranoide y otros trastornos psicóticos).

Como conclusión puede decirse que en una muestra clínica, el diagnóstico psiquiátrico implica con mayor probabilidad una menor puntuación en fallos cognitivos si el diagnóstico del sujeto es de tipo psicótico y especialmente de esquizofrenia paranoide.

- 3) Si bien hay diferencias significativas entre los grupos en la variable Rumiación, no se dan en la Reflexión que correlaciona con Apertura a la experiencia (entendida como éxito en actualizar creencias).

Podría deducirse que en la totalidad de la muestra clínica, las puntuaciones que revelan un patrón rígido de creencias, son especialmente altas dado su patología y se distribuyen de forma homogénea en los cuatro grupos.

7. 3. LATERALIDAD MANUAL EN ESQUIZOFRÉNICOS.

7. 3. 1. Lateralidad manual y esquizofrenia.

Mebert y Michel (1980) investigaron con 101 estudiantes universitarios de artes liberales (49 varones y 52 mujeres), realizando 3 grupos de lateralidad manual una vez aplicado el EHI de Oldfield (1971).

El Cociente de Lateralidad (CL) manual fue:

- Right-handed, de +51 a +100 CL (diestros)
- Left-handed, de -51 a -100 CL (zurdos)
- Mixed-handed, de +50 a -50 CL (ambidextros).

En el trabajo de Deutsch (1980) en cambio, participaron en varios experimentos 107 estudiantes (76 diestros y 53 zurdos) y se hicieron 4 grupos de lateralidad manual una vez aplicado el mismo EHI de Oldfield (1971).

El Cociente de Lateralidad (CL) manual fue:

- Pure right-handers, de +60 a +100 CL (N = 52)
- Mixed right-handers, de +1 a +59 CL. (N = 24)
- Pure left-handers, de -60 a -100 CL (N = 30)
- Mixed left-handers, de -1 a -59 CL (N = 23)

En este último trabajo los ambidextros van de +59 a -59 en el EHI o test de Edimburgo para la lateralidad manual.

En este trabajo se opta por clasificar algo más ampliamente a los ambidextros: de **+65 a -65**.

En un trabajo muy reciente de Dane et al. (2009) con 88 pacientes con esquizofrenia entre 17 y 63 años de edad, diagnosticados con criterios del DSM-IV y medida la preferencia manual con Edinburgh Handedness Inventory (EHI) de Oldfield (1971), se halló que en los esquizofrénicos la lateralidad manual ambidextra era superior a la que existía entre los normales.

Los autores del trabajo concluyeron que el sexo también jugaba un importante papel, por que consideraron que las anomalías de lateralización cerebral en la esquizofrenia, pudieran estar asociadas a factores hormonales relacionados con el sexo.

En otro trabajo (Asai y Tanno, 2009), se ha estudiado la relación existente entre la esquizotipia y la lateralidad manual ambidextra en una muestra oriental, con el fin de comprobar si la asociación significativa hallada en países occidentales entre manualidad ambidextra y esquizotipia también existía en una muestra de sujetos de Japón.

Como posible predisposición a la esquizofrenia, los rasgos más fuertes de esquizotipia se encontraron asociados a lateralidad manual ambidextra, lo que sugiere que los **rasgos esquizotípicos** pueden estar **asociados** universalmente a **lateralidad ambidextra** o lateralización cerebral atípica.

7. 3. 2. Análisis de resultados de ANOVAS.

Se han realizado ANOVAS con variables clasificadoras de Sexo o Grupo junto con Cociente de Lateralidad manual. Se han utilizado por separado o juntas, diversas variables dependientes:

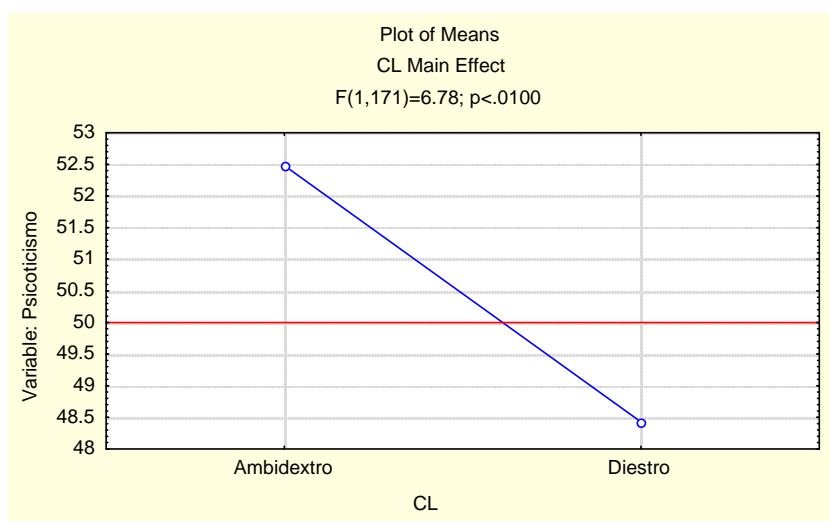


Figura 44. Interacción de Medidas de Psicoticismo con Lateralidad manual (CL).

Comentario figura 44:

- 1) Son 57 ambidextros (32 varones y 25 mujeres) y 118 diestros (62 varones y 56 mujeres); 175 sujetos en total. En los análisis se ha prescindido de 2 sujetos que eran zurdos.
- 2) El ANOVA ha tenido dos variables clasificadoras o independientes, el Cociente de Lateralidad (CL) y el Sexo, para la variable dependiente de Psicoticismo o P del EPQ-R de Eysenck.
- 3) Los ambidextros son superiores a los diestros en Psicoticismo (P): se ha obtenido un efecto principal ($p < .01$) que muestra la superioridad de los ambidextros en esta variable.

- 4) Dada la estrecha relación entre esquizotipia y psicoticismo (correlación significativa de .34 en la tabla 30), se comprueba que los sujetos ambidextros puntúan más en psicoticismo, de forma que aquellos con rasgos esquizotípicos tengan mayor probabilidad de tener una lateralidad ambidextra antes que otra firmemente lateralizada, tanto diestra como zurda.

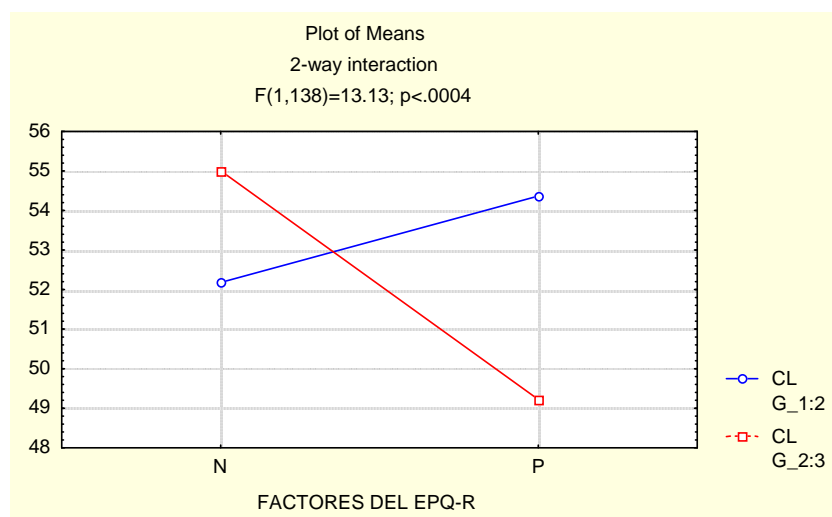


Figura 45. Interacción de Medidas del EPQ-R (N y P) con Lateralidad manual (CL).

Comentario figura 45:

- 1) En la muestra de 142 pacientes (entre psicóticos y no psicóticos), los pacientes de preferencia manual diestra (ó G3, de +70 a +100, N=94 sujetos) son superiores en Neuroticismo (N) e inferiores en Psicoticismo (P) a los de preferencia manual mixta o ambidextros (ó G2, de -65 a +65, N=48 sujetos).
- 2) Esta figura completa la anterior, para comprobar que si bien los ambidextros puntúan más en psicoticismo que los diestros, éstos puntúan más que los primeros en neuroticismo.

Este resultado confirma las conclusiones del estudio de Niebauer (2004) en su teoría neuropsicológica, en la que afirma que los sujetos ambidextros puntúan más en autoreflexión (que correlaciona con apertura) mientras que los más lateralizados (tanto diestros como zurdos) puntúan más en rumiación (que correlaciona con neuroticismo). Encuentra que los más lateralizados puntúan más alto en rumiación $r=+.174$ $p=.005$, mientras que con reflexión, la correlación es negativa $r=-.163$ $p=.009$.

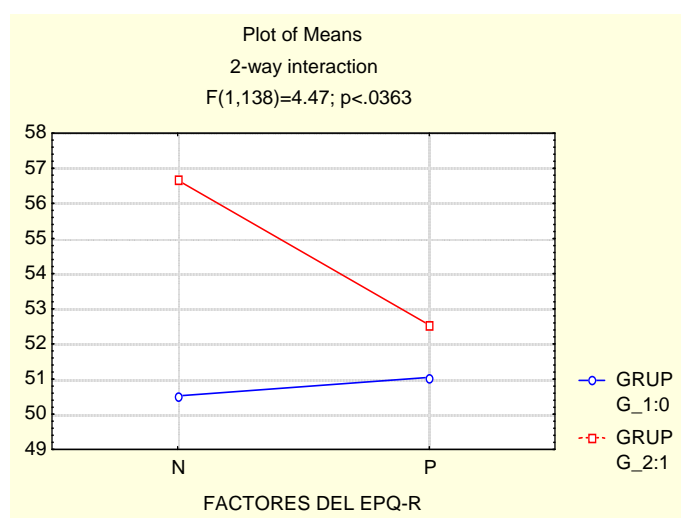


Figura 46. Interacción de Grupo (Psicóticos = 0 y no psicóticos = 1) con medidas de Personalidad.

Comentario figura 46:

- 1) Los no psicóticos son especialmente altos en Neuroticismo (N) y algo más altos en psicoticismo que el grupo de psicóticos, según las medidas obtenidas en el EPQ-R.
- 2) Que los no psicóticos son superiores a los psicóticos en neuroticismo, corrobora la correlación que tiene con la variable de rumiación, ya que en ella se observa la misma diferencia significativa entre psicóticos y no psicóticos (ver figura 43).

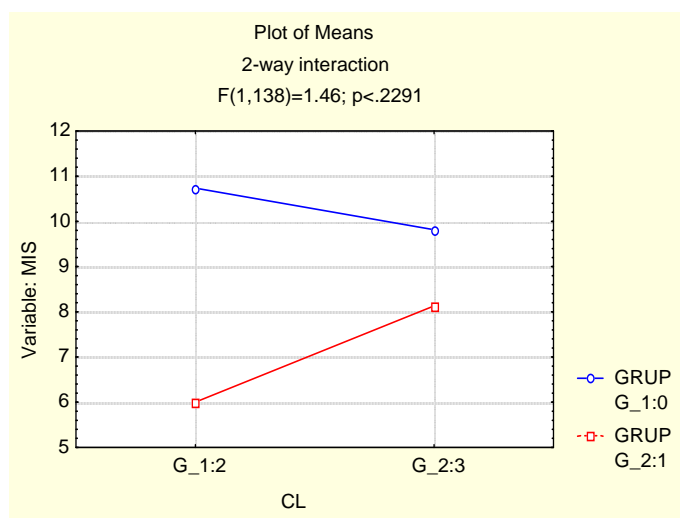


Figura 47. Interacción de Grupo (Psicóticos = 0 y no psicóticos = 1) con medidas de Ideación Mágica.

Comentario figura 47:

- 1) Se ilustra el efecto principal de Grupo ($p < .05$) por ser superiores los psicóticos a los no psicóticos en Ideación Mágica (MIS).
- 2) La Figura permite observar también, según el Cociente de Lateralidad manual (CL), cómo los **psicóticos tienden a puntuar más alto en MIS** si son de **lateralidad manual mixta** (CL2) que los diestros (CL3), al contrario que los no psicóticos.
- 3) La tendencia mostrada es pues, la de que que el sujeto puntúa más alto en ideación mágica si es psicótico y ambidextro. Si el sujeto tiene diagnóstico no psicótico, la tendencia es la contraria: puntúa menos en ideación mágica si es ambidextro que si es diestro.

Veremos a continuación, ampliando la interacción anterior al especificar un poco más el grupo diagnóstico: la interacción que tiene el **GRUPO** (tomando esta vez los cuatro grupos diagnósticos 1= esquizofrenia paranoide, 2= otras psicosis, 3= trastornos de personalidad y 4= trastornos del estado de ánimo y de ansiedad) por **Cociente de lateralidad manual**, en la variable **Ideación Mágica**:

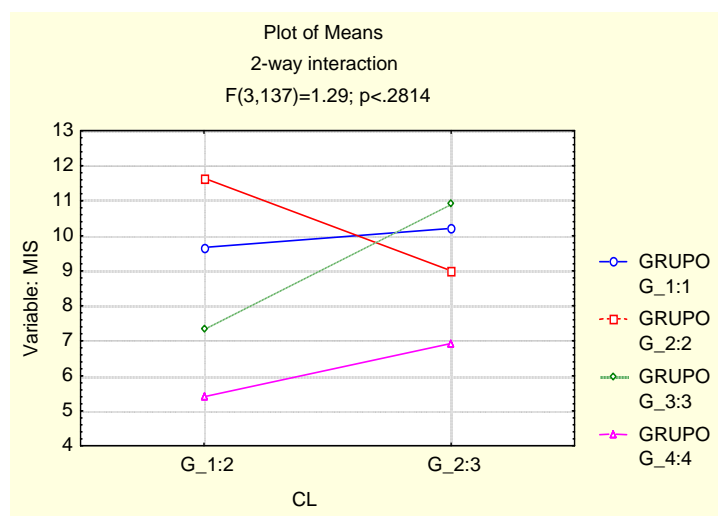


Figura 48. Interacción de GRUPO (GRUPOS 1, 2, 3 y 4) x LATERALIDAD MANUAL (CL), en la variable Ideación Mágica (MIS)

Comentario figura 48:

- 1) El nivel de CL 2 del grupo 2 (otras psicosis) es el que más puntúa en la escala MIS. Es decir, el grupo diagnóstico de Otros trastornos psicóticos es el que más alto puntúa en la variable de Ideación mágica y especialmente si son de **lateralidad manual mixta (CL2)**.
- 2) En el grupo 1 (esquizofrenia paranoide), que sí puntúa alto en MIS, no influye el nivel del CL en la puntuación obtenida en dicha variable.
- 3) El grupo 3 (trastornos de la personalidad) puntúa significativamente alto, pero sólo en aquellos sujetos que son diestros (CL3), por lo que en este grupo sí que influye su nivel de CL.
- 4) El grupo 4 (trastornos del estado de ánimo y de ansiedad) apenas puntúa en esta escala, independientemente del nivel del CL de sus sujetos.
- 5) Como conclusión final, podemos comprobar que dentro de la muestra clínica, la **ideación mágica es significativamente más alta entre los sujetos con diagnóstico psicótico y con preferencia manual zurda o ambidextra**.

En los no psicóticos la preferencia manual influye de forma clara en las puntuaciones obtenidas por estos sujetos en ideación mágica y lo hace en sentido contrario.

Así por ejemplo, en el caso de los trastornos de personalidad, si presentan preferencia manual diestra puntúan muy alto en ideación mágica, por encima incluso de la media en ideación mágica obtenida por los psicóticos y muy por encima de los sujetos de su mismo grupo diagnóstico, que presentan en cambio preferencia manual zurda o ambidextra.

En la siguiente figura se muestra la interacción de grupo, realizando el ANOVA esta vez tomando sólo los grupos diagnósticos 2 (Otros trastornos psicóticos) y 3 (Trastornos de personalidad) introduciendo la variable sexo entre las variables clasificadoras.

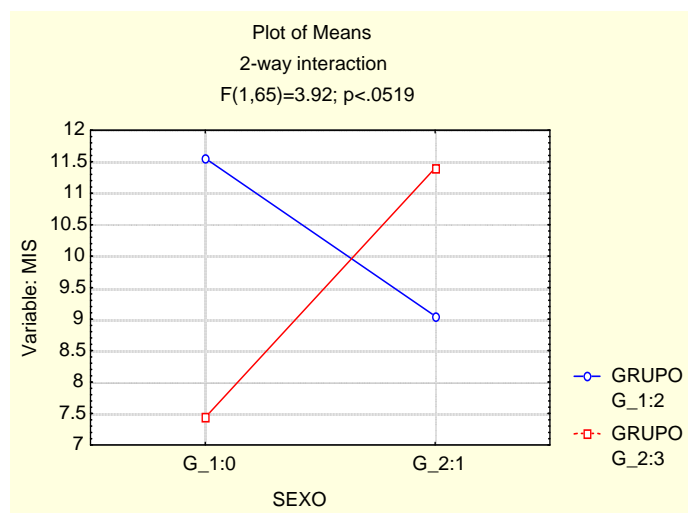


Figura 49. Interacción SEXO por GRUPO (GRUPOS 2 y 3) en la variable Ideación mágica ($p = .05$)

Comentario figura 49:

- 1) Esta tendencia a interacción ($p = .05$) muestra que **las mujeres del grupo 3** (Trastornos de personalidad) **puntúan mucho más alto que los varones en Ideación Mágica (MIS)**, al contrario de lo que ocurre en el grupo 2 (Otros trastornos psicóticos).
- 2) Esto añade una nueva consideración a las dos gráficas anteriores, ya que la variable SEXO interacciona con la variable GRUPO, al aumentar de forma significativa la puntuación en ideación mágica de las mujeres si pertenecen al grupo de los trastornos de personalidad y disminuirla si pertenecen al de otros trastorno psicóticos.
- 3) Conviene recordar que las mujeres del grupo 3 son 10 y los varones 15. Son las 10 mujeres que puntuaban alto en N, bajo en E y alto en P, en el cuestionario de personalidad EPQ-R.

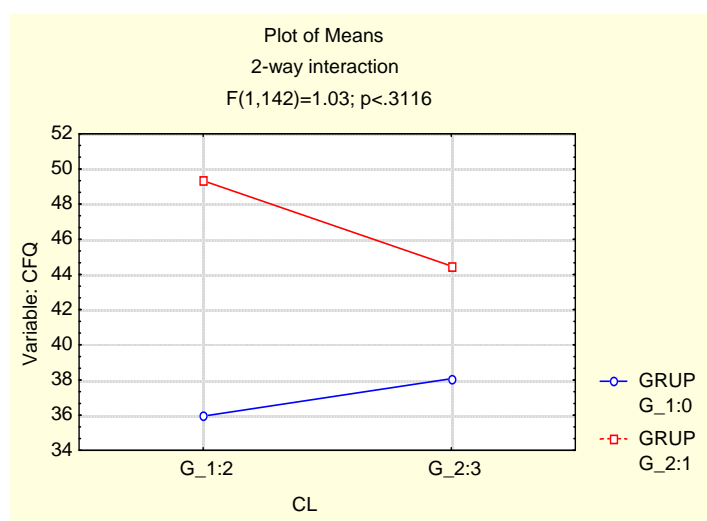


Figura 50. Interacción de Grupo (Psicóticos = 0 y no psicóticos = 1) con medidas de Fallos cognitivos.

Comentario figura 50:

- 1) En Fallos Cognitivos (CFQ) se da efecto principal de Grupo ($p < .005$), por superar los no psicóticos (grupo 1) a los psicóticos (grupo 0) en esta variable.
- 2) Se puede observar en la Figura, atendiendo al Cociente de Lateralidad manual (CL), que la diferencia mayor de los grupos se da entre los sujetos de lateralidad manual mixta (CL2), siendo menor dicha diferencia entre los diestros (CL 3).
- 3) En este caso, la tendencia mostrada respecto al efecto de grupo (psicótico o no psicótico) es la opuesta a la que aparece con la variable de Ideación mágica según su cociente de lateralidad (ver figura 47).

Aquí el sujeto puntúa más alto en fallos cognitivos si es no psicótico y ambidextro, mientras que si es psicótico puntúa más bajo si es ambidextro que si es diestro.

- 4) Como conclusión respecto la figura anterior, la interacción de grupo (psicótico-no psicótico) según el C. L. es la opuesta si se toma respecto a las puntuaciones en la variable de Ideación mágica, que si se toma respecto la de Fallos cognitivos.
-

A continuación vemos el efecto de grupo, ampliado esta vez al estar referido a los cuatro grupos diagnósticos en CFQ:

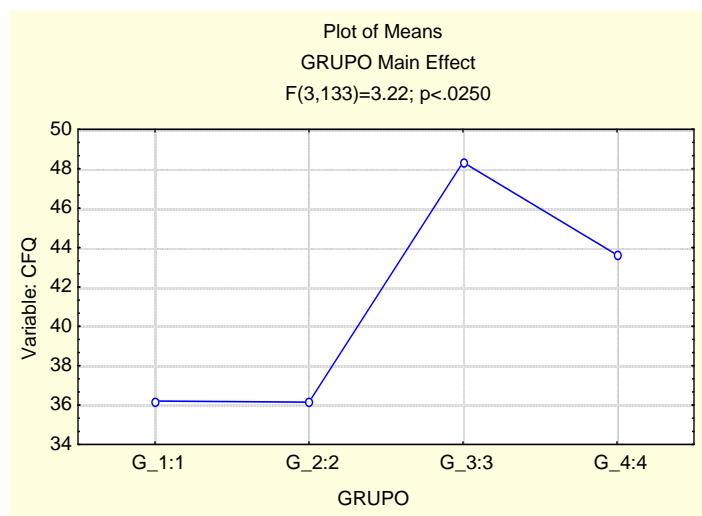


Figura 51. Hay efecto principal de GRUPO en la medición de FALLOS COGNITIVOS (CFQ).

Comentario figura 51:

- 1) Es un resultado similar al obtenido en Neuroticismo (N) y que se muestra en la Figura 23.
- 2) En el análisis post-hoc de Newman-Keuls el grupo 3 es superior ($p < .05$) a los grupos 1 y 2. Es decir, el grupo de **trastornos de personalidad es el que puntúa más alto en fallos cognitivos** dentro de la muestra clínica.
- 3) Algo semejante ocurre en RUMIACIÓN.

En la siguiente figura se compara las puntuaciones del grupo (psicótico o no psicótico) en los cinco estilos de personalidad evaluados mediante el CEPER-5:

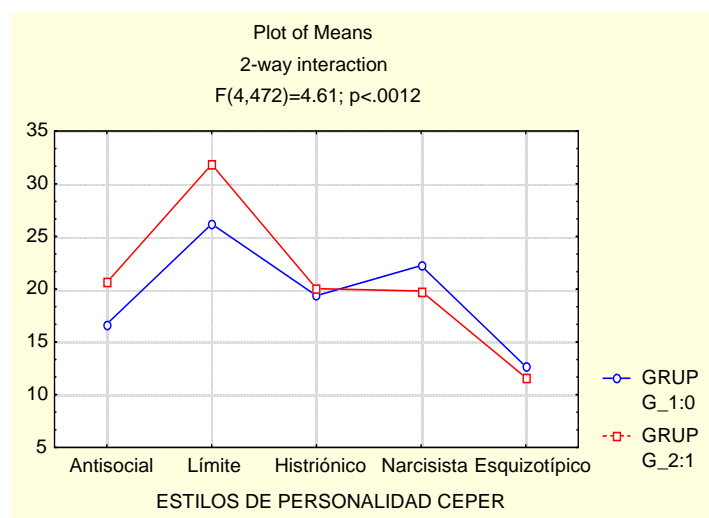


Figura 52. Interacción ($p = .001$) de Grupo (psicóticos versus no psicóticos) por Estilos de Personalidad.

Comentario figura 52:

- 1) Los psicóticos (grupo 0) son superiores a los no psicóticos (grupo 1) en los estilos de personalidad Narcisista y Esquizotípico.

Por el contrario son inferiores en el estilo antisocial y de forma más marcada, en el límite.

En el estilo histriónico apenas hay diferencia entre los dos grupos.

- 2) No influye en nada el Cociente de Lateralidad (CL) manual.

En la siguiente figura se introduce la misma comparación entre los dos grupos clínicos, pero añadiendo el grupo de estudiantes universitarios, que en este caso representan a la población no clínica:

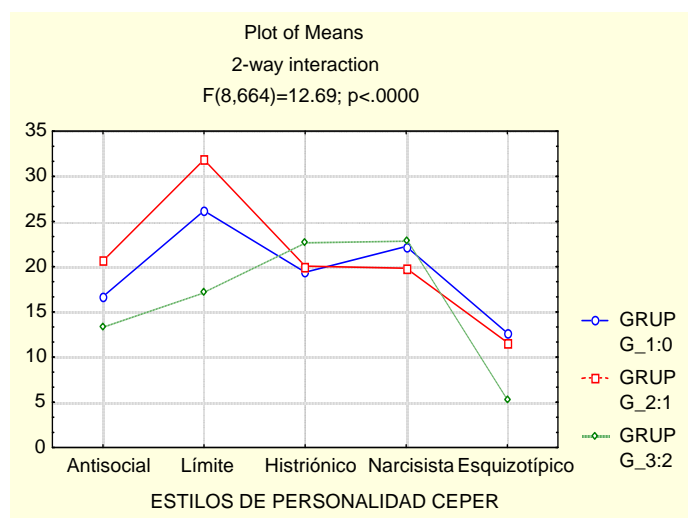


Figura 53. Interacción de Grupo (0 = psicóticos, 1 = no psicóticos, 2 = estudiantes) por Estilos de Personalidad CEPER.

Comentario figura 53:

- 1) Son tres grupos, dos clínicos (91 psicóticos, 31 no psicóticos) y uno normal de estudiantes universitarios (50 participantes). En total son 172 sujetos.
- 2) Los estudiantes, grupo normal de participantes, puntúan claramente por debajo de los psicóticos y no psicóticos en los estilos de personalidad Antisocial, Límite y Esquizotípico.
- 3) Puntúan por encima de los grupos clínicos en el estilo Histriónico, en el que psicóticos y no psicóticos son similares, y en el Narcisista, en el que superan levemente al de psicóticos.

Es decir, el grupo de estudiantes puntúa más alto que la muestra clínica en los estilos histriónico y narcisista y más bajo en antisocial, límite y esquizotípico.

- 4) No se da interacción con Cociente de Lateralidad (CL) manual.

En las dos gráficas siguientes veremos la interacción de grupo, esta vez según los cuatro grupos diagnósticos por sexo en la medición de las escalas, primero Antisocial y luego Límite:

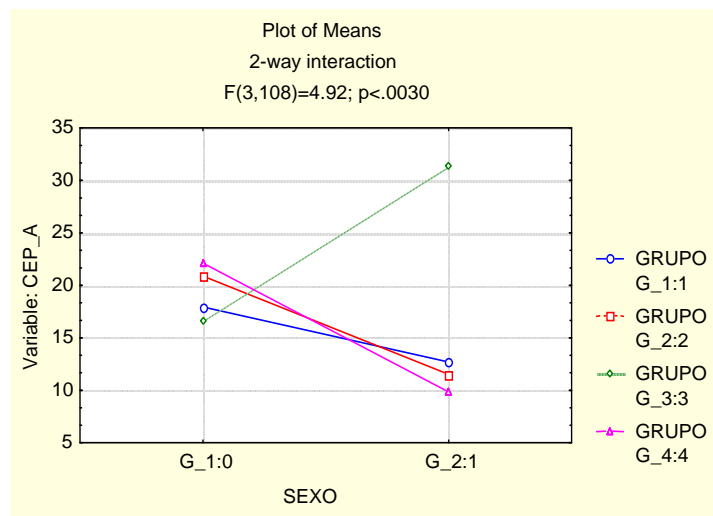


Figura 54. Efecto de grupo por sexo en la escala A del CEPER

Comentario figura 54:

- 1) Nuevamente la interacción GRUPO x SEXO se debe a las 10 mujeres del grupo 3 en su medición de la escala A del CEPER.

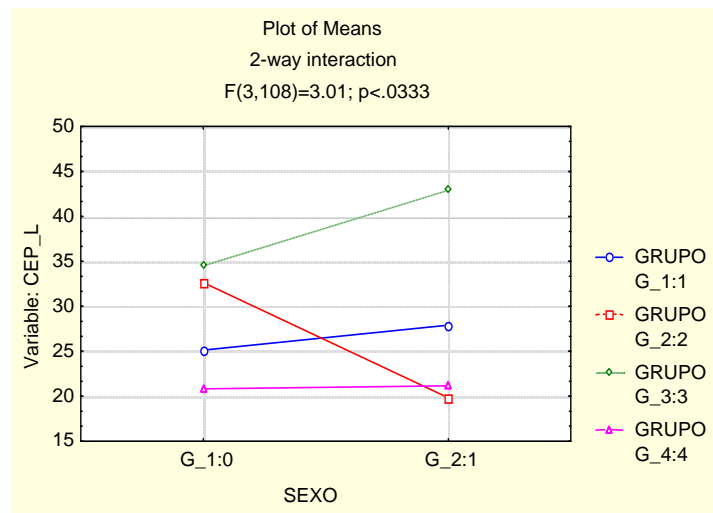


Figura 55. Efecto de grupo por sexo en la escala L del CEPER

Comentario figura 55:

- 1) Interacción debida nuevamente a las mujeres del grupo 3, esta vez logrando también un efecto principal de GRUPO por ser el grupo 3 superior al 4 en la variable L del CEPER.
- 2) El efecto principal de la escala L **se repite en la escala H** del CEPER, pero no en la N ni en la E en las que no hay diferencia alguna de grupo, ni de sexo o CL.

Para finalizar este apartado, en los dos siguientes estudios se valora la relación entre la lateralidad tomando la preferencia manual de los sujetos y el efecto que tiene el grupo al que pertenece.

En la figura 56 aparece el efecto de grupo si éste es psicótico, no psicótico o de estudiantes, mientras que en la figura 57 los grupos son los cuatro grupos diagnósticos.

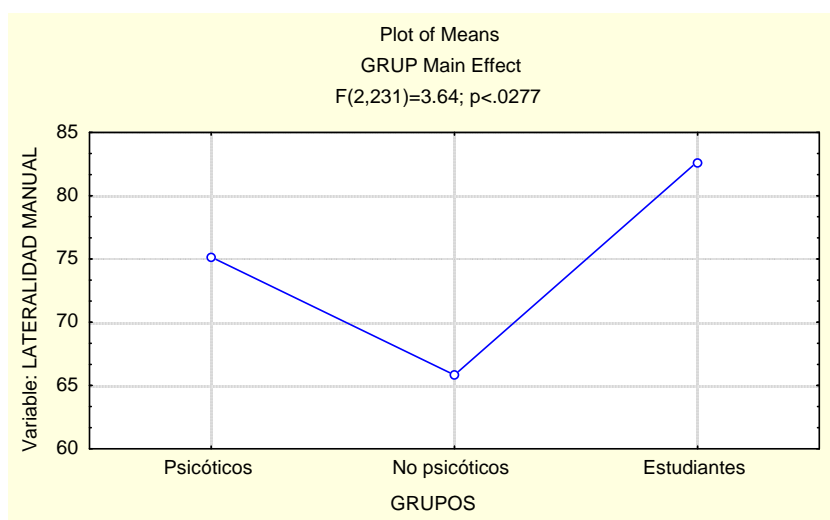


Figura 56. Efecto principal de Grupo ($p < .05$) en Cociente de Lateralidad (CL) manual, en tres grupos de participantes.

Comentario figura 56:

- 1) Son tres grupos, dos clínicos (110 psicóticos, 39 no psicóticos) y uno normal de estudiantes universitarios (88 participantes). En total son **237** sujetos.
- 2) En la comprobación post-hoc de Newman-Keuls se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p = .005$) entre el mayor cociente de lateralidad (CL) por preferencia manual del grupo de estudiantes universitarios y el menor del grupo no psicótico.
- 3) El grupo de **psicóticos** muestra una acusada tendencia ($p = .06$) a **menor lateralidad manual que los normales** y al mismo tiempo, **mayor que los no psicóticos**.

Es decir, la mayor lateralización tomada mediante el cociente de lateralidad manual, se da entre el grupo de estudiantes, luego el de psicóticos y por último el de no psicóticos.

En la figura 9 se presentan las puntuaciones de personalidad PEN de estos tres grupos de sujetos. Si como hemos visto en el comentario de esta figura, en el modelo de Eysenck el grupo de psicóticos presenta un perfil de personalidad más próximo a un patrón equilibrado que el de no psicóticos, perfil que en todo caso se da en el de estudiantes universitarios, podemos hacer una concordancia válida entre estos paralelismos.

Así, **se podría apuntar** que a mayor grado de cociente de lateralidad del sujeto, sería más probable encontrar un perfil de personalidad ajustado a la normalidad, entendida como proximidad a los valores medios obtenidos en las tres dimensiones básicas de psicoticismo, extroversión y neuroticismo.

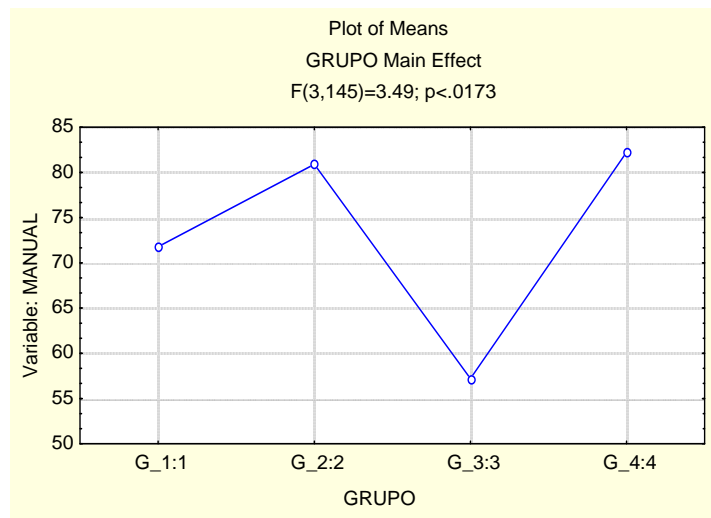


Figura 57. Lateralidad por preferencia manual en los cuatro grupos diagnósticos.

Comentario figura 57:

- 1) Son cuatro grupos diagnósticos: 1 (esquizofrenia paranoide), 2 (otras psicosis), 3 (trastornos de personalidad) y 4 (trastornos del estado de ánimo y de ansiedad).
- 2) El grupo que muestra un menor cociente de lateralidad (CL) es el grupo 3.
- 3) La comprobación post-hoc de Newman-Keuls indica que el grupo 3 es inferior ($p < .01$) en CL al grupo 2, con tendencia a ser también inferior en CL al grupo 4 ($p = .05$) y al grupo 1 ($p = .06$).
- 4) De nuevo observamos que el grupo de trastornos de personalidad, que en el apartado 7.2.5. había obtenido respecto a los otros tres grupos diagnósticos puntuaciones superiores de forma significativa en las variables de fallos cognitivos (figura 40) así como en sus factores 4 y 5 (figuras 42 y 41) y en rumiación (figura 43), también lo hace aquí en la variable de preferencia manual.

Por lo tanto, el grupo de trastornos de personalidad destaca de forma significativa por sus puntuaciones dentro de la muestra clínica en estas cinco variables (altas en CFQ, F4, F5 y rumiación, y bajas en preferencia manual).

Destacar que en preferencia manual el otro grupo no psicótico (trastornos del estado de ánimo y ansiedad) puntúa por encima de los otros tres y se desmarca del grupo de trastornos de personalidad, por lo que en esta variable está especialmente señalado dentro de la muestra clínica.

Asociar por último este resultado llamativo al comentario realizado en la figura 56, en el que se propone que un mayor grado de cociente de lateralidad del sujeto se asocie a un perfil de personalidad más normal.

Así encontraríamos que el **grupo de trastornos de personalidad sería el más disfuncional en las distintas variables** en las que ha sido estudiado y comparado tanto con muestra clínica como normal.

Los siguientes ANOVAS se harán con GRUPO (denominándose **grupo 1** para Esquizofrenia paranoide y **grupo 2** para Otros trastornos psicóticos) y C.L. (Cociente de Lateralidad) como variables clasificadoras o intersujetos.

Se ha excluido de los análisis la variable SEXO por aparecer irrelevante en comprobaciones previas.

También se han excluido de estos ANOVAS los grupos 3 y 4 por resultar poco clarificadoras respecto a la LATERALIDAD MANUAL en comprobaciones previas. Así quedan los grupos más numerosos: el 1 y el 2.

Nos hemos centrado en el CL dicotomizado, agrupando con nivel 3 a los sujetos más diestros (desde + 70 a + 100) y con nivel 2 a los sujetos con menor dextralidad (desde + 65 a – 100).

Al dicotomizar la variable CL, el nivel de Lateralidad manual 3 abarca 33 sujetos del grupo 1 y 35 del grupo 2 (68 en total), y el nivel 2 abarca 21 sujetos del grupo 1 y 13 del grupo 2 (34 en total).

La submuestra se compone de 102 casos.

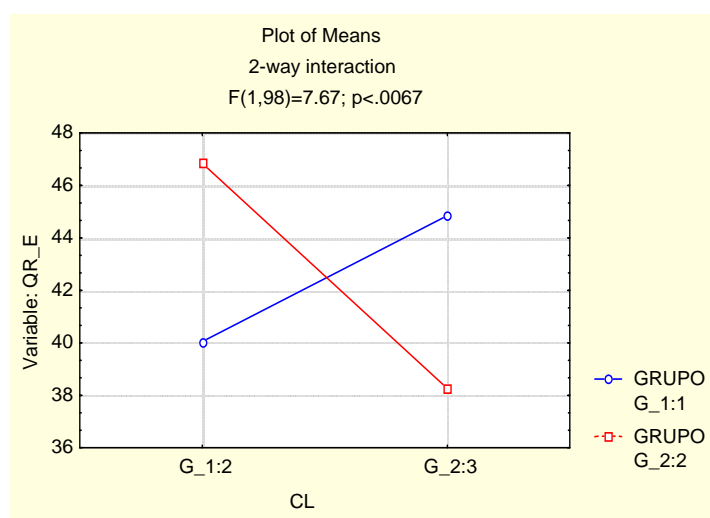


Figura 58. Interacción de GRUPO (GRUPOS 1 Y 2) x LATERALIDAD MANUAL (CL), en la variable Extraversión (E).

Comentario figura 58:

- 1) La interacción ($p < .01$) muestra que en el grupo 1 (esquizofrenia paranoide) puntúan más en Extraversión (E) los de mayor dextralidad, al revés que los del grupo 2 (otros trastornos psicóticos) en el que puntúan más en E los de menor dextralidad (zurdos y ambidextros).
- 2) En el grupo 2, los más diestros son los más introvertidos, abarcando 35 sujetos de los 102 de la submuestra.
- 3) Como conclusión, la puntuación en **extraversión es más alta** (sugiriendo un perfil de personalidad más adecuado) **a mayor dextralidad en el caso de la esquizofrenia paranoide** y a menor dextralidad en el caso de los otros trastornos psicóticos.

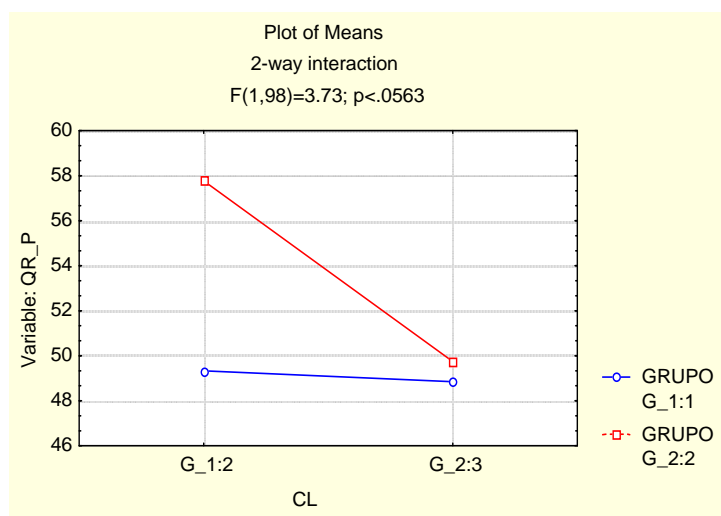


Figura 59. Interacción de GRUPO (GRUPOS 1 Y 2) x LATERALIDAD MANUAL (CL), en la variable Psicoticismo (P).

Comentario figura 59:

- 1) Esta tendencia a la interacción ($p = .05$) indica que **los menos diestros (zurdos y ambidextros) de grupo 2 puntúan alto en Psicoticismo (P)**, a diferencia de los más diestros en CL.
- 2) También se observa que en el grupo 1 (esquizofrenia paranoide) no influye la lateralidad manual en sus puntuaciones en P.
- 3) En este ANOVA han aparecido dos efectos principales:
 - Uno es el GRUPO ($p < .05$), ya que el grupo 2 es superior al 1 en la variable de personalidad P.
 - Otro efecto principal es el de CL ($p < .05$), al ser superiores las puntuaciones en P de los sujetos de menor dextralidad o nivel 2 (zurdos y ambidextros) que las puntuaciones del nivel 3 (diestros).

Los siguientes dos histogramas muestran el efecto principal, el primero de grupo (1 esquizofrenia paranoide y 2 otros trastornos psicóticos) y el segundo de cociente de lateralidad en **Psicoticismo**:

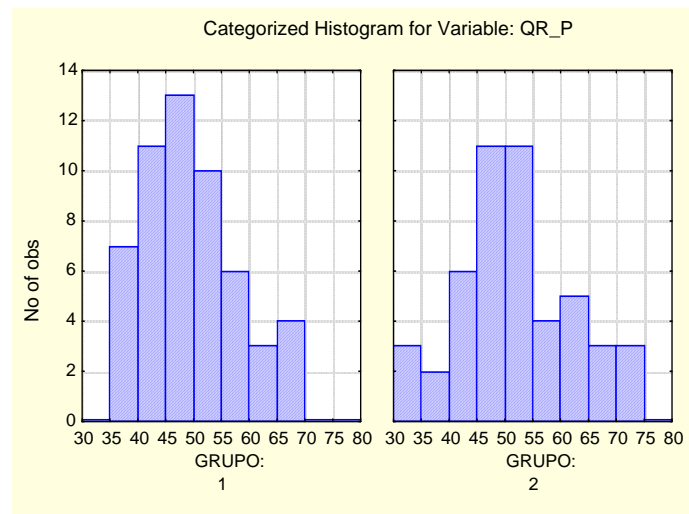


Figura 60. Se ilustra el efecto principal de GRUPO en Psicoticismo (P):

Comentario figura 60:

- 1) El grupo 1 tiene menos sujetos por debajo de la media (= 50) que el grupo 2, de acuerdo a lo mostrado en la figura 59.
- 2) Estos datos sugieren que el grupo de otros trastornos psicóticos puntúa más alto en psicoticismo que el de esquizofrenia paranoide.

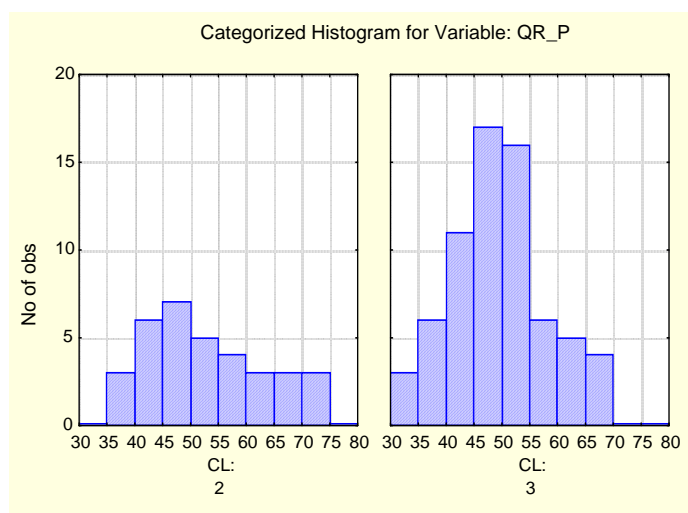


Figura 61. Se ilustra el efecto principal de Cociente de Lateralidad Manual (CL) en Psicoticismo (P)

Comentario figura 61:

- 1) El nivel CL 2 (formado por zurdos y ambidestros) tiene proporcionalmente más sujetos por encima de la media (= 50) que el nivel de CL 3 (diestros).
- 2) Es decir, a menor dextralidad aumenta en la muestra clínica la puntuación en psicoticismo.

7. 3. 3. Conclusiones sobre el cociente de lateralidad.

A la vista del análisis de resultados anterior, podemos extraer las siguientes conclusiones sobre la variable **Cociente de lateralidad manual** (C.L.) y su importancia dentro de la muestra de población clínica y en concreto con los sujetos diagnosticados de esquizofrenia:

- 1) En grandes líneas, la variable de C.L. no influye en los cinco estilos evaluados mediante el CEPER, aunque sí influye en las variables de ideación mágica, fallos cognitivos, neuroticismo y psicoticismo.
- 2) Es significativamente diferente entre los grupos de psicóticos, no psicóticos y estudiantes, de forma que los **no psicóticos son los que puntúan más bajo de los tres** y especialmente frente a los normales ($p = .005$, figura 56).
- 3) Es diferente entre los cuatro grupos diagnósticos, de forma que **significativamente es mucho más bajo en el grupo de trastornos de personalidad**, incluso respecto al otro grupo no psicótico.
- 4) En las figuras 47 y 50 se observa que a menos puntuación en C.L., es decir, si el sujeto es más ambidextro que fuertemente lateralizado, las diferencias son mayores entre el grupo de psicóticos y no psicóticos. Así, si los psicóticos son ambidextros puntúan más alto en MIS y puntúan menos en CFQ.

Es decir, el C.L. influye en las puntuaciones de CFQ y MIS, de forma que si el sujeto es ambidextro puntúa más en estas dos variables y lo hace de forma diferente si el sujeto es psicótico o no psicótico: si es psicótico y ambidextro puntúa más alto en MIS y más bajo en CFQ; si es ambidextro y no psicótico, los resultados son los opuestos en MIS y CFQ.

Aquí se ve la combinación de tres variables como son bajo CL (ambidextro), alto MIS y alto psicotismo (figura 44), que correlaciona con un diagnóstico psicótico, algo que ya se ha apuntado al final del apartado 7.3.1.: si la medida de MIS correlaciona con alta esquizotipia, se comprueba (figura 47) que las medidas altas en MIS se dan más en sujetos, en este caso psicóticos, que tienen una pobre lateralización manual, es decir son ambidextros.

- 5) Por el contrario, el C.L. no influye en marcar diferencias significativas entre los grupos psicótico, no psicóticos y estudiantes en los cinco estilos de personalidad del CEPER, como se comprueba en la figura 52 y 53.

7. 4. NEUROPSICOLOGÍA Y ESQUIZOFRENIA.

Ha participado un grupo de **31 pacientes psicóticos**, usuarios en su totalidad del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios de León, que son evaluados mediante la batería Luria-DNA por su psicólogo-tutor.

Cada medida obtenida corresponde a los distintos subtests de los que se compone la batería y que se relacionan a continuación:

Tabla 43: Subtests de la Batería Luria-DNA.

MEDIDA	SUBTEST	AREA
L1	Subtest 1: Percepción visual	Área Visoespacial
L2	Subtest 2: Orientación espacial	
L3	Subtest 3: Habla receptiva.	Área del Lenguaje Oral
L4	Subtest 4: Habla expresiva.	
L5	Subtest 5: Memoria inmediata.	Área de la Memoria
L6	Subtest 6: Memorización lógica	
L7	Subtest 7: Dibujos temáticos y textos.	Área de Procesos Intelectuales
L8	Subtest 8: Actividad conceptual y discursiva.	
L9	Control Atencional	Prueba de Atención

A continuación se mostrarán los perfiles y puntuaciones de los 31 sujetos de la muestra clínica, divididos en dos grupos denominados **grupo 1** (formado por 16 casos diagnosticados de esquizofrenia paranoide F20.0) y **grupo 2** (formado por 15 casos diagnosticados de otros trastornos psicóticos), tal y como aparece en la tabla siguiente:

Tabla 44: Distribución por diagnósticos de la muestra clínica evaluada mediante la LURIA-DNA (N=31).

GRUPO	Código	Diagnóstico	N
1	F20,0	Esquizofrenia paranoide	16
Otros trastornos psicóticos	F20,3	Tipo indiferenciado de esquizofrenia	4
	F20,5	Tipo residual de esquizofrenia	8
	F25,0	Trastorno esquizoafectivo	2
N = 15	F 29	Trastorno psicótico no especificado	1

En la siguiente gráfica se muestran los perfiles neuropsicológicos de cada uno de los dos grupos en los ocho subtests de la batería Luria-DNA, más el último de control atencional.

Posteriormente compararemos la distribución de las puntuaciones de los sujetos en ambos grupos en aquellos subtests en los que muestren diferencias más relevantes y que permitan establecer, si aparecen, conclusiones sobre sus perfiles.

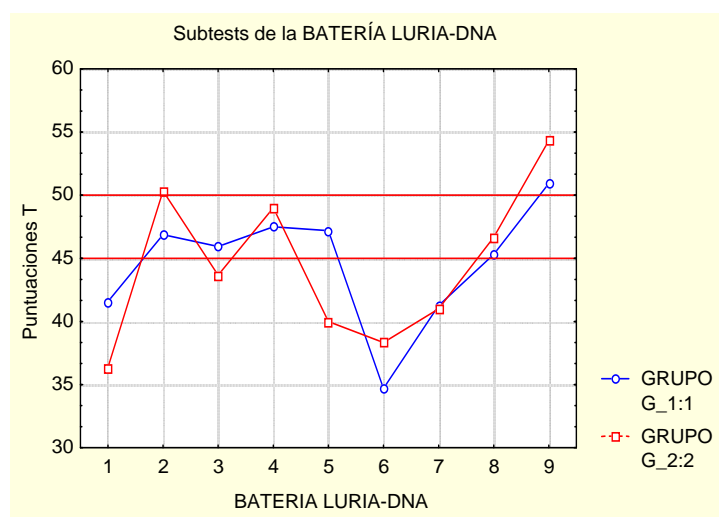


Figura 62. Perfiles del grupo 1 (16 casos) y del grupo 2 (15 casos) en los 9 subtests de la BATERÍA LURIA-DNA.

Comentario figura 62:

1. Vemos que el grupo 1 puntúa por encima del grupo 2, en cada una de las áreas en el primero de los subtests, mientras que en el segundo, es el grupo 2 quien puntúan por encima del grupo 1.
2. Los subtests con puntuaciones más bajas en ambos grupos se dan en el Subtest 1 (Percepción visual) y especialmente en el Subtest 6 (Memorización lógica).
3. Los subtests donde puntúan más alto los dos grupos y próximo a la media aunque por debajo, son en el 2 (Orientación espacial), 4 (Habla expresiva) 8 (Actividad conceptual y discursiva) y especialmente en el último subtest (Control Atencional) donde puntúan ambos por encima de la media, siendo superior el grupo 2, próximo a puntuaciones T de 55.
4. Las diferencias más acusadas entre ambos grupos se dan en el Subtest 5 (Memoria inmediata) donde es superior en el grupo 1 y en el Subtest 1 (Percepción visual) donde también es superior el grupo 1.

A continuación, como ya se ha comentado, se irán presentando de forma comparativa las puntuaciones de los dos grupos en aquellos subtests, que a tenor de las puntuaciones que refleja la gráfica anterior, muestran diferencias más significativas.

La presentación de las gráficas se hará de la siguiente forma:

- subtests 3 y 4: no se muestran las gráficas, ya que son similares y dentro de la media.
- subtests 7 y 8: se muestra una única figura de los 31 sujetos, en los que se encuentran puntuaciones similares.
- subtests 1, 2, 5, 6, 7 y 8: se comentarán las gráficas de los dos grupos por separado.

Subtest 1 (PERCEPCIÓN VISUAL)

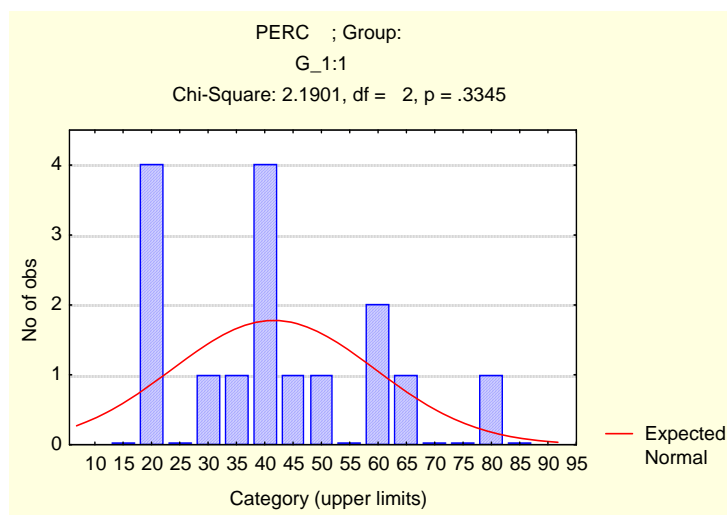


Figura 63. Ilustración de cómo puntúan los 16 sujetos del grupo 1 en el Subtest 1 (PERCEPCIÓN VISUAL) de la LURIA-DNA.

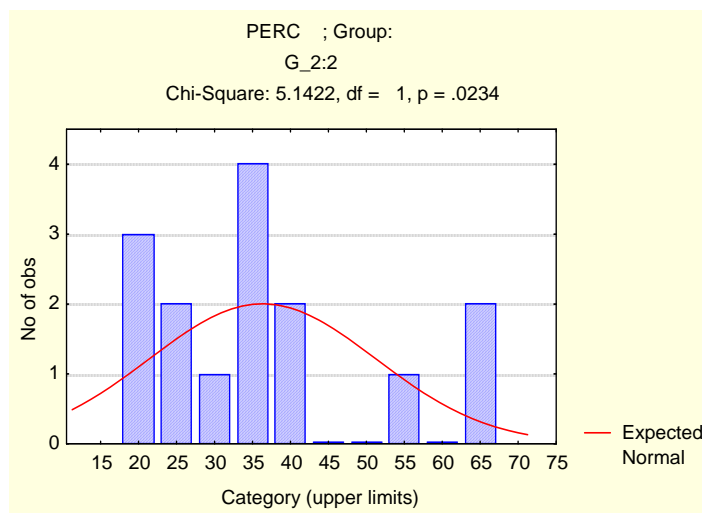


Figura 64. Ilustración de cómo puntúan los 15 sujetos del grupo 2 en el Subtest 1 (PERCEPCIÓN VISUAL) de la LURIA-DNA.

Comentario figuras 63 y 64:

1. En este **Subtest 1 (Percepción visual)** el **grupo 2 puntúa de forma clara por debajo del 1**, ya que la mayoría de sujetos de este grupo 2 (10 de 15) tienen puntuaciones T por debajo de la media, mientras que en el grupo 1, son 6 de los 16.
2. Se consideran puntuaciones por debajo de la media en lo sucesivo, aquellas puntuaciones T inferiores a 40, ya que se consideran dentro de la media las puntuaciones T situadas entre 40 y 60 (ver Anexo 15: Hoja del perfil del cuadernillo).

Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).

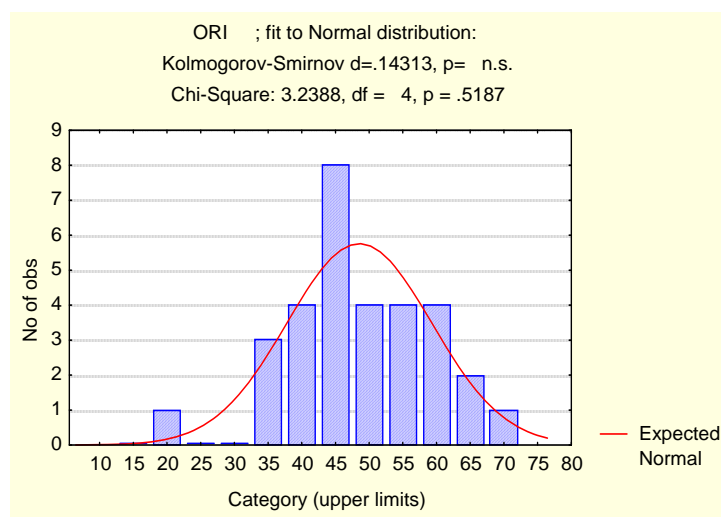


Figura 65. Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).
Distribución normal de los 31 sujetos.

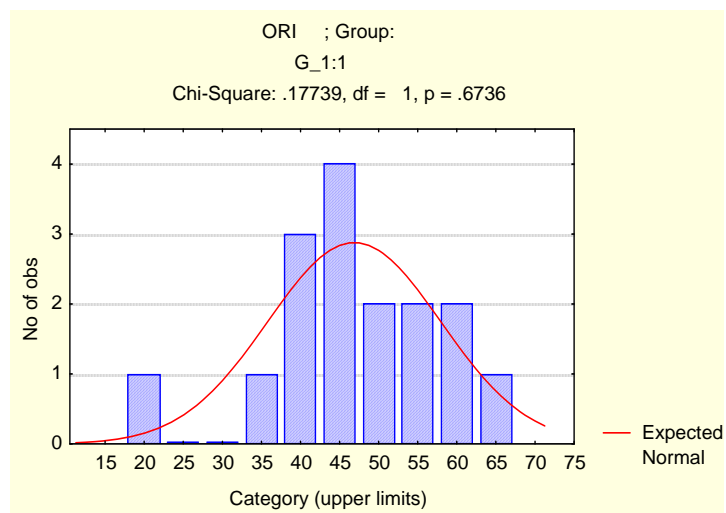


Figura 66. Se representan los 16 sujetos del grupo 1 en el Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).

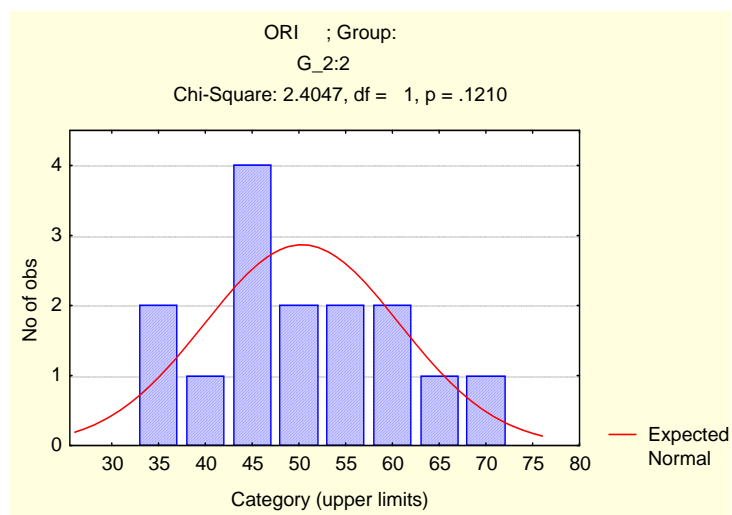


Figura 67. Se representan los 15 sujetos del grupo 2 en el Subtest 2 (ORIENTACIÓN ESPACIAL).

Comentario figuras 65, 66 y 67:

1. En este **Subtest 2 (Orientación Espacial)** el rendimiento de los dos grupos es bastante aceptable, ya que en los dos grupos encontramos únicamente cuatro sujetos por debajo de puntuaciones de 40.

Es en este subtest, junto al nº 4 (Habla expresiva) y al de Control Atencional, donde la muestra clínica en conjunto presenta puntuaciones más altas y en todo caso, próximas entre sí por debajo a la media.

2. Entre los dos grupos, **es el grupo 2 quien es superior al 1**, situándose en su media de puntuaciones T por encima de 50.

Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA).

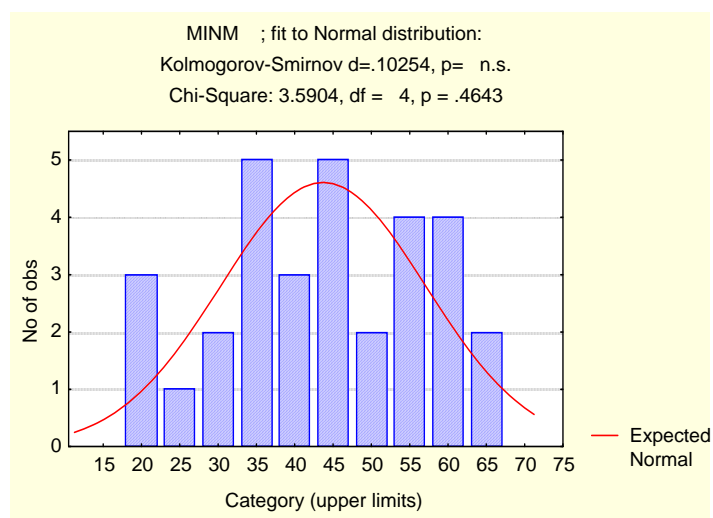


Figura 68. Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA) para los 31 sujetos.

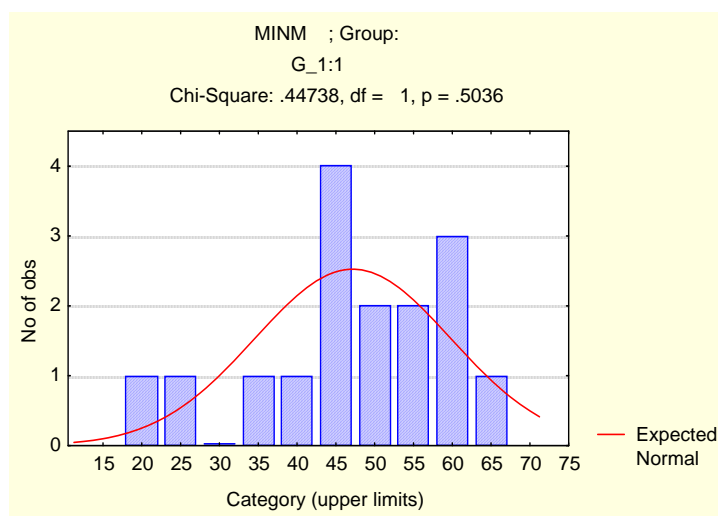


Figura 69. El grupo 1 (16 sujetos) en el Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA).

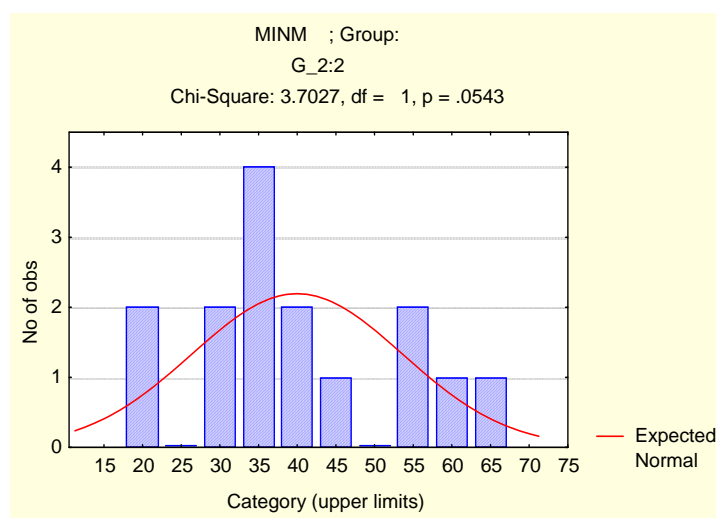


Figura 70. El grupo 2 (15 sujetos) en el Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA).

Comentario figuras 68, 69 y 70:

1. En este **Subtest 5 (MEMORIA INMEDIATA)** el **grupo 1 se muestra muy superior al 2**, ya que en este último más de la mitad de sujetos (8 de 15) puntúa por debajo de 40, mientras que en el 1 sólo lo hacen 3 de los 16.

2. En resumen, mientras que el grupo 1 en conjunto se sitúa próximo a la media, el grupo 2 puntúa casi en 40.

Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).

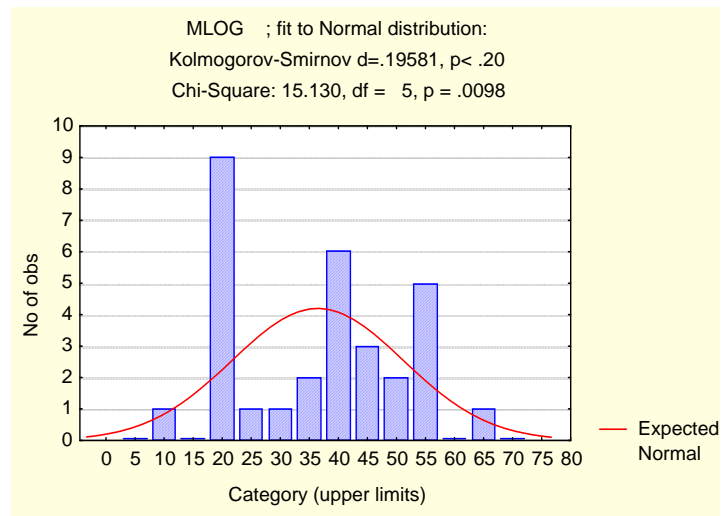


Figura 71. Todos los sujetos de los grupos 1 y 2 (31 sujetos) en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).

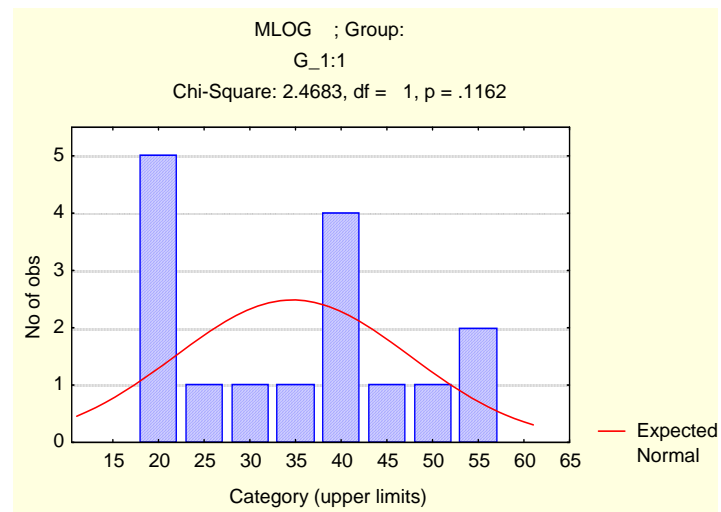


Figura 72. El grupo 1 (16 sujetos) en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).

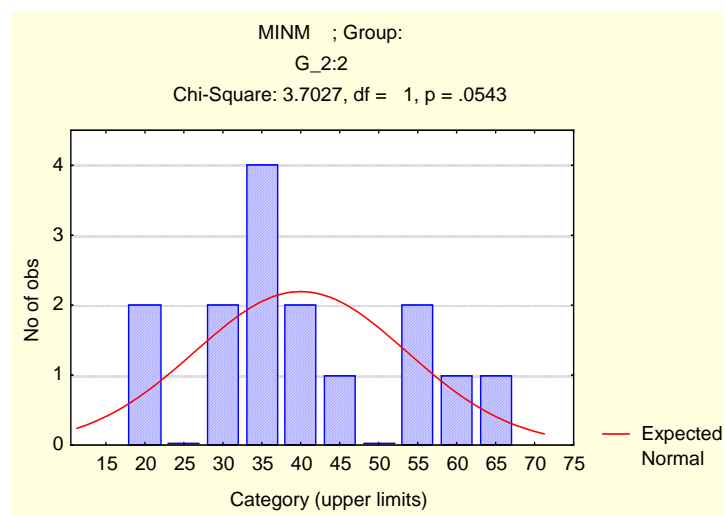


Figura 73. El grupo 2 (15 sujetos) en el Subtest 6 (MEMORIZACIÓN LÓGICA).

Comentario figuras 71, 72 y 73:

1. Los dos grupos obtienen puntuaciones muy bajas en este subtest, siendo en **MEMORIZACIÓN LÓGICA** en el que se obtienen los peores resultados de los nueve que componen la batería.
2. De los dos grupos, de forma paradójica, es el **grupo 1 quien puntúa por debajo del 2**, obteniendo el peor resultado de todos los obtenidos en la batería, al situarse en puntuaciones T de 35.

Llama la atención este aspecto, ya que dentro del Área de la Memoria, evaluada por los subtest 5 y 6, mientras que en el grupo 2 se obtienen pobres resultados, similares y en torno a puntuaciones de 40, en el grupo 1 la puntuación más que aceptable obtenida en el subtest 5, próxima a la media, contrasta con la obtenida en el subtest 6, que es la peor de las obtenidas en los 18 subtests, al situarse entorno a puntuaciones de 35.

Subtest 7 (DIBUJOS TEMÁTICOS).

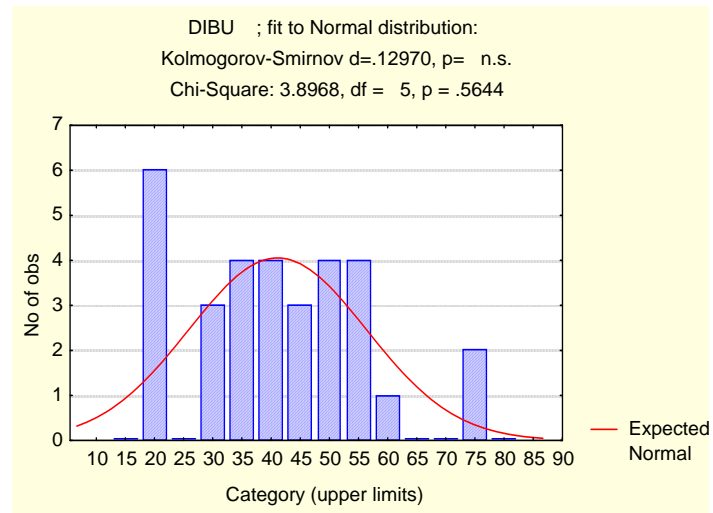


Figura 74. Inteligencia por el Subtest 7 (DIBUJOS TEMÁTICOS) en el total de 31 sujetos.

Comentario figura 74:

- 1) Los dos grupos obtienen puntuaciones muy bajas en este subtest, ligeramente superiores a 40, llamando la atención que entre los dos grupos apenas hay diferencias entre sus medias, tal y como muestra la figura 62.

Subtest 8 (ACTIVIDAD CONCEPTUAL).

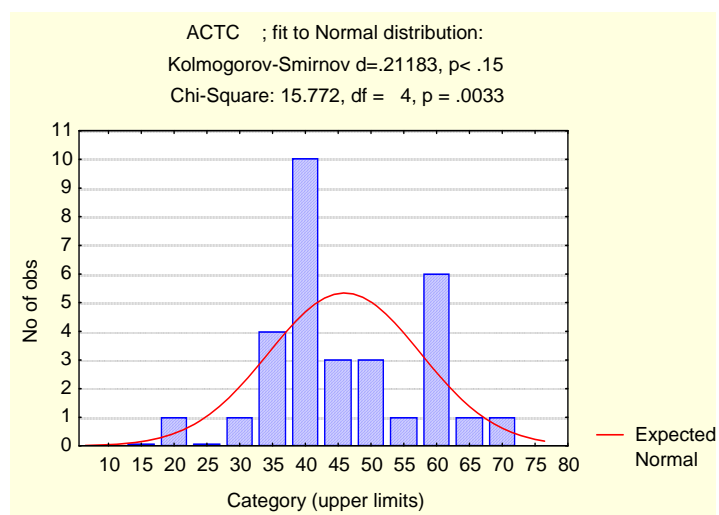


Figura 75. Inteligencia por el Subtest 8 (ACTIVIDAD CONCEPTUAL) en el total de 31 sujetos.

Comentario figura 75:

- 1) En este subtest las puntuaciones están en los dos grupos por encima de 45, ligeramente en el grupo 1 y algo por encima en el grupo 2, y por tanto por debajo de la media.
- 2) Este subtest muestra un mejor rendimiento de los dos grupos, comparado con el pobre resultado obtenido por la muestra clínica en el subtest anterior (Dibujos temáticos), que forma parte junto a éste del Área Intelectual.

Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL).

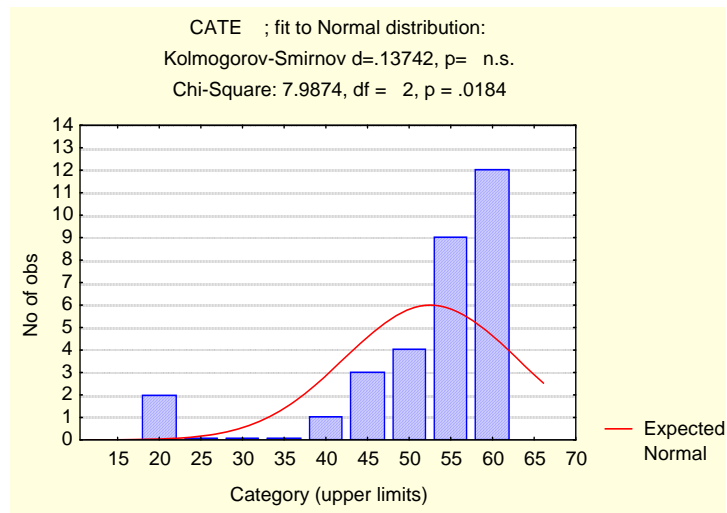


Figura 76. Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) en el total de 31 sujetos.

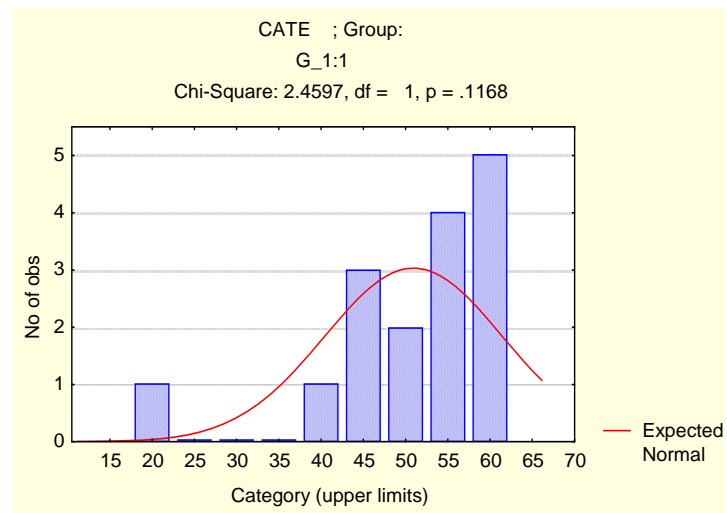


Figura 77. Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) del grupo 1 (16 sujetos).

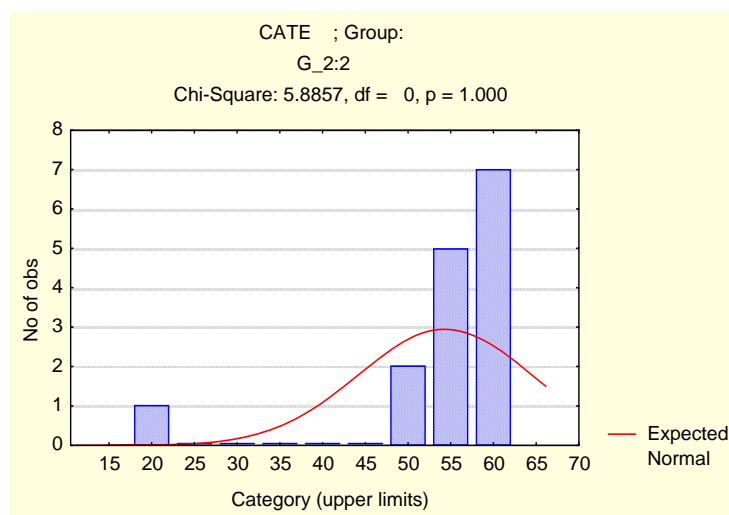


Figura 78. Subtest 9 (CONTROL ATENCIONAL) del grupo 2 (15 sujetos).

Comentario figuras 76, 77 y 78:

- 1) Sorprenden en conjunto los 31 sujetos por sus **altas puntuaciones en este subtest**, tan importante en cualquier evaluación neuropsicológica. Vemos cómo 25 de los 31 sujetos puntúan en la media o por encima, llegando 12 de ellos a puntuar en 60. Tan sólo 6 sujetos de los 31 puntúan por debajo de la media, es decir por debajo de 50.
- 2) Por grupos, **destaca el grupo 2** quien llega casi a 55 en su media de puntuaciones T, mientras que el grupo 1 está ligeramente por encima de la media.

VACILACIONES

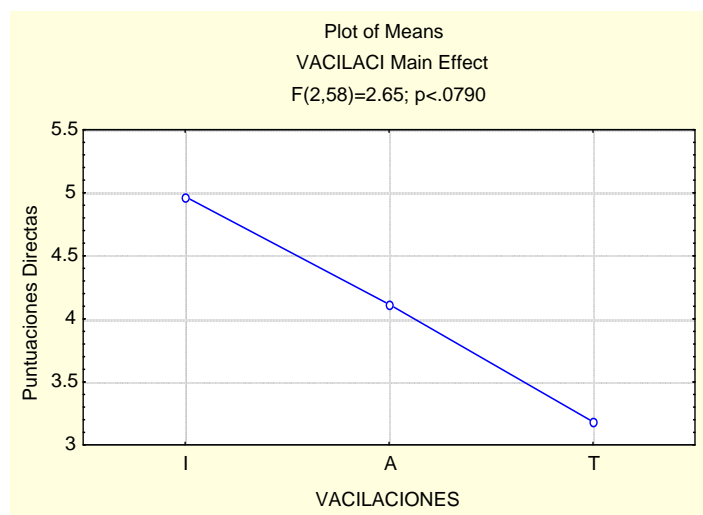


Figura 79. Ilustración de las Vacilaciones penalizadas (Imprecisión, Atención y Tiempo).

Comentario figura 79:

- 1) Existe una tendencia general que indica la mayor cuantía de las penalizaciones por Imprecisión, con escasas penalizaciones por invertir excesivo Tiempo.

ANÁLISIS DE CONGLOMERADOS CON LAS 9 PUNTUACIONES DE LA LURIA-DNA.

Una vez analizados los resultados obtenidos en la Luria-DNA, se ha estudiado el rendimiento de la muestra de sujetos psicóticos en los subtest de la batería, tras diferenciar dentro de la misma dos subgrupos, denominados grupo 1 (16 casos con esquizofrenia paranoide) y grupo 2 (15 casos con otros trastornos psicóticos).

Finalmente, a partir de la muestra clínica de sujetos psicóticos, formada por 31 sujetos y agrupados inicialmente en dos subgrupos, se hace un análisis de conglomerados con las puntuaciones obtenidas en la batería Luria-DNA, tal y como refleja la figura siguiente:

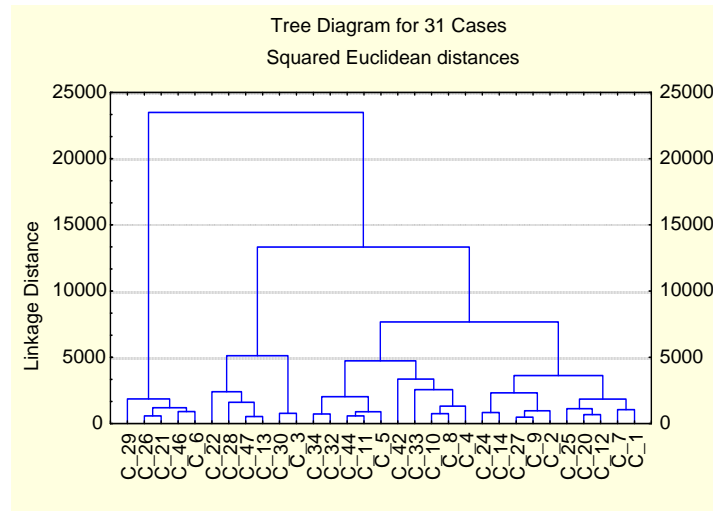


Figura 80. Dendrograma sobre los 9 subtests de la Batería Luria-DNA y el método Ward (N=31).

Vemos que se perfilan cuatro conglomerados formados a partir de los 31 sujetos de la muestra clínica, de forma que cada uno de los conglomerados quedaría compuesto por los siguientes sujetos:

- Conglomerado 1 (6 sujetos del grupo 1 y 4 del grupo 2) = 10 sujetos.
- Conglomerado 2 (2 sujetos del grupo 1 y 2 del grupo 2) = 4 sujetos.
- Conglomerado 3 (5 sujetos del grupo 1 y 7 del grupo 2) = 12 sujetos.
- Conglomerado 4 (3 sujetos del grupo 1 y 2 del grupo 2) = 5 sujetos.

Cada conglomerado obtiene un perfil distinto a partir de las puntuaciones T obtenidas por los sujetos en la batería, perfil que aparece reflejado en la siguiente figura:

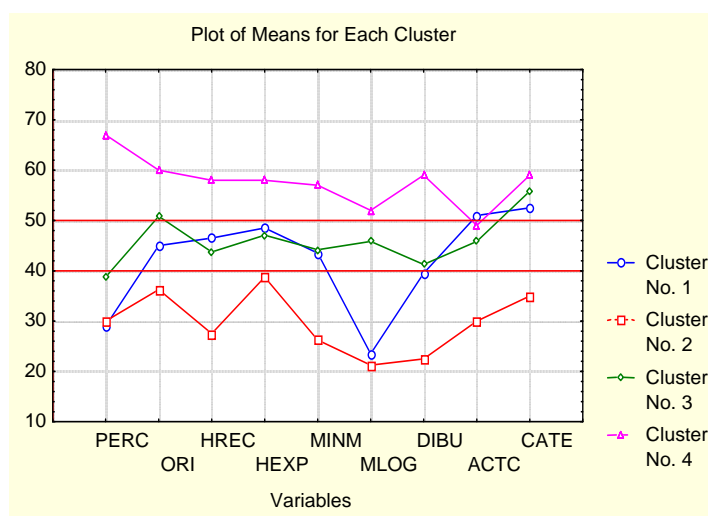


Figura 81. Con el procedimiento K-medias se ha optado por la solución de 4 conglomerados (cluster), con distinto perfil cada uno de ellos.

Comentario figura 81:

A la vista de los resultados del análisis de conglomerados realizado se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El **conglomerado 2** (4 sujetos) muestran un rendimiento muy bajo en los 9 subtests neuropsicológicos. Son 2 del grupo 1 (esquizofrenia paranoide) y 2 del grupo 2 (otros trastornos psicóticos). Su perfil corresponde a **sujetos con déficit intelectual y atencional**.
2. El **conglomerado 4** (5 sujetos) con rendimiento alto o muy alto en 7 subtests neuropsicológicos. Son 3 del grupo 1 (esquizofrenia paranoide) y 2 del grupo 2 (otros trastornos psicóticos). Su perfil corresponde a **sujetos con buena capacidad intelectual y atencional**. Sólo se sitúan en la media en Memorización Lógica (MLOG) y en Actividad Conceptual (ACTC).
3. El mayor número de sujetos se halla en el **conglomerado 3** (12 sujetos, 5 del grupo 1 y 7 del 2). Presentan un **perfil próximo a la media y con buen control atencional**. Son superiores en Memorización Lógica (MLOG) al conglomerado 1 y al 2.

4. El **conglomerado 1** (10 sujetos) muestran un **rendimiento irregular en su perfil neuropsicológico**. Son 6 del grupo 1 (esquizofrenia paranoide) y 4 del grupo 2 (otros trastornos psicóticos). Son bajos en Percepción (PERC) y en Memorización Lógica (MLOG), hasta igualarse en estos subtests con el conglomerado 2 con el perfil bajo generalizado. Son medios o medios bajos en 5 subtests. Son altos en Actividad Conceptual (ACTC) y Control atencional (CATE).
 5. Vemos que en general, los resultados obtenidos aquí concuerdan con los obtenidos para los subtipos cognitivos de la esquizofrenia por numerosos estudios citados en Palmer et al. (2009), en los que encuentran también cuatro grupos o cluster.
-

Una vez analizados los perfiles de los cuatro grupos obtenidos tras el análisis de conglomerados, se realiza un estudio de cómo penalizan cada uno de ellos en vacilaciones de atención:

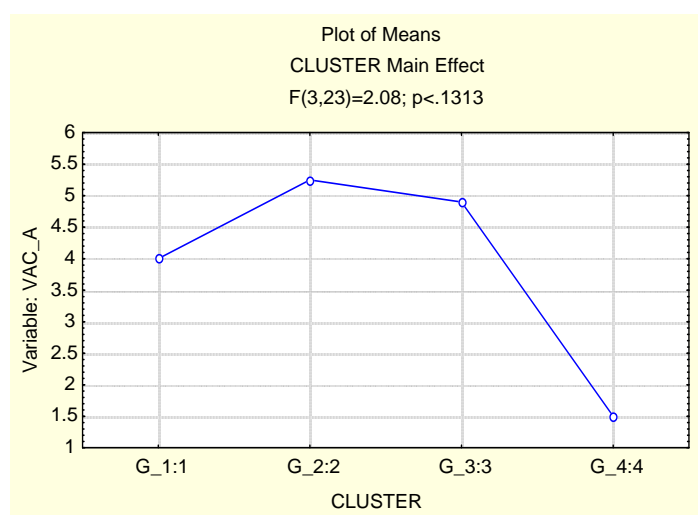


Figura 82. Se ilustra la penalización de los 4 conglomerados (cluster).

Comentario figura 82:

- 1) Pese a no encontrarse diferencias significativas entre los cuatro conglomerados, no obstante se observa que el conjunto menos penalizado por vacilaciones de falta de atención (VAC_A) es el **conglomerado 4**, que es el que obtiene la máxima puntuación en Control Atencional (CATE) de su perfil neuropsicológico.
 - 2) El más penalizado es el **conglomerado 2**, el que obtiene peor puntuación de los 4 en Control Atencional (CATE) de su perfil neuropsicológico.
 - 3) El más penalizado por Imprecisión (I) y por Tiempo (T) es el que tiene un perfil irregular, el **conglomerado 1**.
 - 4) Podemos concluir que todo lo anterior y sus puntos débiles en Percepción y Memorización Lógica, sugiere para estos pacientes del conglomerado 1 una **base de alteración por afección de los lóbulos frontales**.
-

En estudios como los de Ornstein, Sahakian y McKenna (2008) se compara a sujetos esquizofrénicos con sujetos con daño cerebral frontal y temporal, en aspectos como memoria y fallos cognitivos de la vida diaria, encontrando entre los dos grupos un rendimiento similar en ambos aspectos cognitivos.

Pese a presentar un patrón similar, al comparar los dos grupos, los pacientes esquizofrénicos muestran significativamente un mayor grado de deterioro en fallos ejecutivos que fallos de memoria, mientras que en los lesionados cerebrales la tendencia es justamente la opuesta.

En la población con lesión en el lóbulo frontal, sus características neuropsicológicas viene definidas por ser producto de la alteración que afecta a los propósitos conscientes o la atención voluntaria (Manga y Ramos, 2000):

- Muestran incapacidad para mantener la atención y resistir a las distracciones.
- Se comportan como si su conducta estuviese controlada por estímulos irrelevantes, con reacciones que llegan a ser socialmente inapropiadas.
- La incitación verbal no suele servirles de ayuda para dirigir su atención.

Podemos decir que la presencia de disfunción en la corteza prefrontal de los esquizofrénicos y su similitud con los lesionados frontales, es citada a lo largo de toda la parte teórica de esta tesis.

Cuenta con un respaldo teórico que ha ido consolidándose a través de diferentes modelos teóricos y numerosas investigaciones, como las citadas en esta tesis:

- Fischer et al. (2007), citado en el apartado 2.2.5. (Evaluación de la esquizotipia).
- Modelos de la función cognitiva de Cummings (1993), Frith (1995), Lezak (1995), Goldman-Rakic (1991), Cohen (1999) o Gray et al. (1991), presentados en el apartado 3.2.2.
- Diferentes déficits localizados en la zona frontal, citados a lo largo del capítulo 4 (La perspectiva neuropsicológica): desde estudios de hipofrontalidad, iniciados por Ingvar y Franzen (1974), a anormalidades bilaterales (Orlova et al., 2007), alteraciones en las interacciones de estructuras (Salgado-Pineda et al., 2007) o disfunción lateralizada (Manoach (2003).
- Goldman-Rakic (1992), en el inicio del apartado 7.2. (Fallos Cognitivos).

Encontramos pues que los resultados obtenidos avalan con claridad este déficit cognitivo localizado en la zona frontal, en al menos uno de los conglomerados de la muestra clínica de sujetos psicóticos.

7. 5. LATERALIDAD MANUAL Y NEUROPSICOLOGÍA EN LA ESQUIZOFRENIA.

A continuación se realiza un estudio en el que se buscarán las interacciones entre diferentes variables neuropsicológicas, evaluadas dentro de la muestra clínica de sujetos psicóticos: por un lado, las obtenidas mediante la batería Luria-DNA a través de sus nueve subtests y por otro, el cociente de lateralidad obtenido mediante el Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo (EHI) de Oldfield (1971).

Los ANOVAs que siguen tienen como variable clasificadora el Cociente de Lateralidad (CL) de los sujetos:

- **Diestros**, con nivel de **CL 3** (21 sujetos).
- **No diestros**, con el nivel de **CL 2** (9 sujetos).

Las diferencias encontradas en las medidas de la Batería LURIA-DNA son las que se ilustran a continuación:

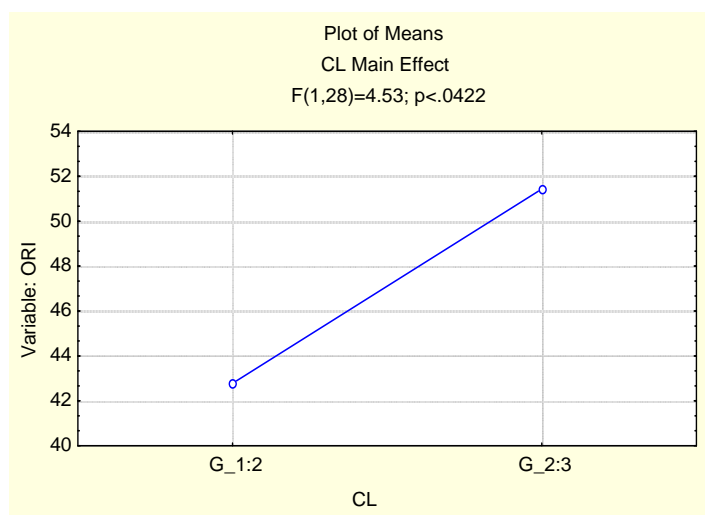


Figura 83. El nivel 2 de CL tiene un rendimiento inferior al nivel 3 de CL ($p < .05$) En ORIENTACIÓN ESPACIAL (subtest 2 de la Batería LURIA-DNA).

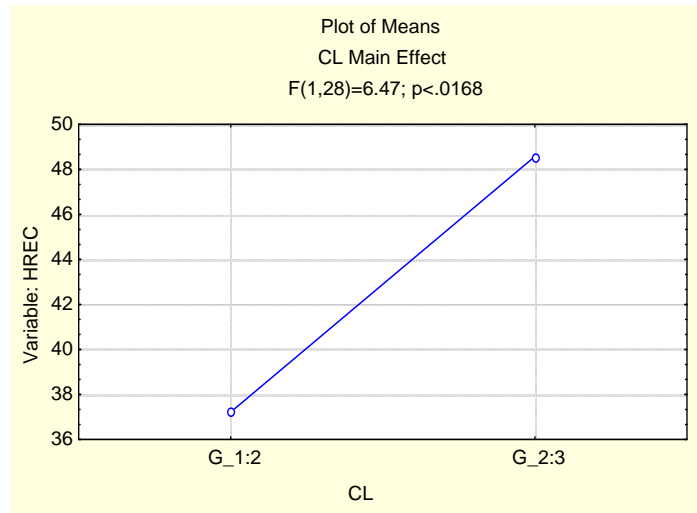


Figura 84. En HABLA RECEPTIVA son superiores los de mayor dextralidad (CL 3) sobre los zurdos y ambidextros (CL 2).

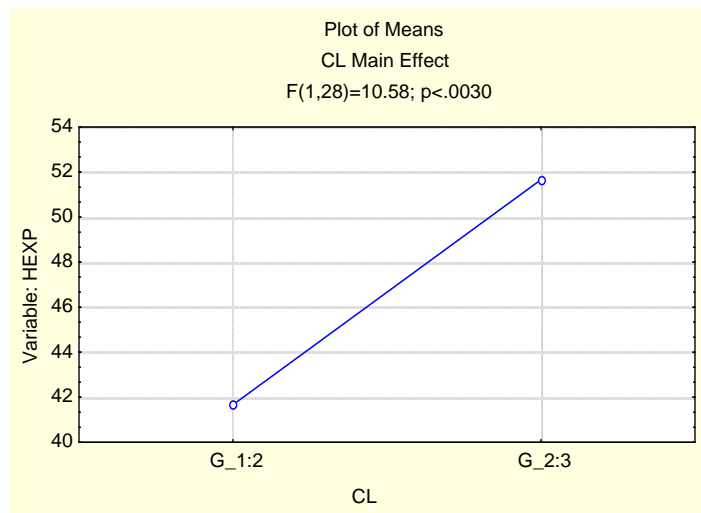


Figura 85. En HABLA EXPRESIVA son superiores los de mayor dextralidad (CL 3) sobre los zurdos y ambidextros (CL 2).

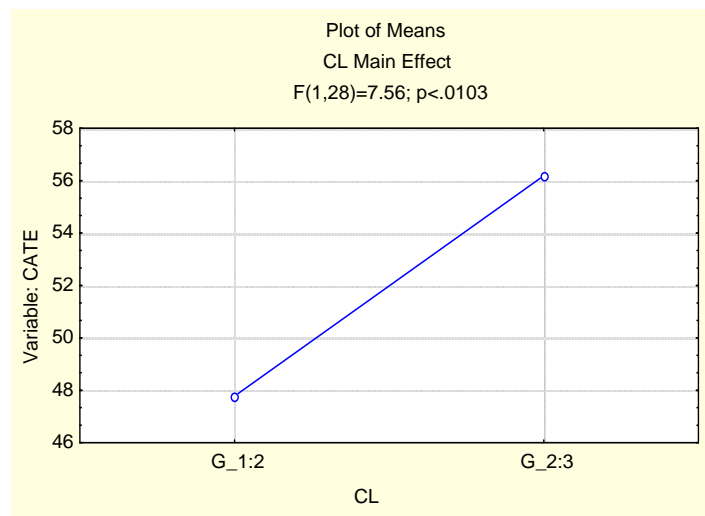


Figura 86. Superioridad del CONTROL ATENCIONAL de los diestros (CL 3).

Comentario figuras 83 a 86:

- 1) Las figuras anteriores muestran la **superioridad de los diestros (CL 3)** a los no diestros (CL 2) **en 4 subtests**, tal como muestran los efectos principales de cada ANOVA separado:
 - ORIENTACIÓN ESPACIAL
 - HABLA RECEPTIVA
 - HABLA EXPRESIVA
 - CONTROL ATENCIONAL
- 2) **No se han hallado diferencias significativas** en PERCEPCIÓN, MEMORIA (INMEDIATA Y LÓGICA), e INTELIGENCIA (DE DIBUJOS TEMÁTICOS Y ACTIVIDAD CONCEPTUAL).
- 3) **Tampoco se han hallado diferencias** en la penalización **por VACILACIONES**, en ninguno de los tres tipos (de Imprecisión, Atención o Tiempo).

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8. 1. DISCUSIÓN

A la vista de los resultados comentaremos en este capítulo los resultados obtenidos, en los que confluyen las distintas variables que ya han sido presentadas, evaluadas y analizadas en el conjunto de la muestra, tanto clínica como normal.

Debe tenerse en cuenta que las conclusiones obtenidas, resultan del estudio de distintas variables que presentan en sí gran complejidad: proceden de ámbitos como el de la personalidad, cognitivo, neuropsicológico y psicopatológico, y dicho estudio busca ofrecer una visión sobre las características de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, población clínica muy heterogénea (ver capítulo 9, *Casos Ilustrativos*).

Se irán presentando y comentado al inicio de este apartado de forma más detallada, siguiendo el esquema de las cuatro grandes áreas de estudio establecidas en los resultados, para concretarse las **conclusiones** fundamentales en doce puntos en el siguiente apartado 8. 2. *Conclusiones*.

Dentro de este apartado, tras la discusión de los resultados, se presentarán las **limitaciones** que se han encontrado en la realización del estudio (página 356), fundamentalmente centradas sobre la muestra clínica.

Por último y para finalizar, se plantea a la vista de los resultados obtenidos y en la línea de lo expuesto en la parte teórica, la necesidad de un **modelo dimensional** frente al modelo categorial tradicional de abordaje de la patología y la enfermedad mental en general (página 357).

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ESQUIZOFRÉNICOS

- 1) Encontramos que se dan aspectos coincidentes, entre los dos estudios que establecen las **correlaciones entre las dimensiones de personalidad** evaluadas **mediante el EPQ-R en dos muestras diferentes**, una de 696 sujetos de población normal (Russo et al., 2009) y la de este estudio de 149 pacientes.

Coinciden en las correlaciones encontradas entre N y E, pero la correlación entre P y N es mucho más fuerte en la muestra clínica (.36 en Yugueros-Alonso y .17 en Russo et al.). Incluso la correlación entre P y E es significativa y de signo negativo en la muestra clínica, al contrario de la muestra normal (positiva y no significativa).

En la muestra clínica es más frecuente y por tanto más fuerte, la correlación entre psicoticismo y neuroticismo. Cuando ya existe un diagnóstico psiquiátrico, a mayor psicoticismo el sujeto tiende a ser más introvertido, tal vez producto del estigma social de la enfermedad y de la inseguridad que en el entorno social provocan sus limitaciones y de las que el propio sujeto a menudo es consciente.

El efecto de neuroticismo y extroversión es igual en las dos muestras, de forma que interactúan por igual de forma significativa y negativa, algo que apunta ya a un **modelo de continuum entre población clínica y normal**.

- 2) En los datos obtenidos por **clasificación a priori según el diagnóstico** de los sujetos, vemos que frente al grupo de universitarios y psicóticos, los **no psicóticos** puntúan significativamente más alto en fallos cognitivos, neuroticismo y psicoticismo, presentando un **perfil de personalidad más patológico** (ver figura 9).

Dentro del grupo de **no psicóticos** y más en concreto, del grupo diagnóstico de trastornos de personalidad, son las **mujeres** las que puntúan significativamente peor de la muestra clínica en las tres variables medidas por el EPQ-R: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo. Así, presentan el **peor perfil de personalidad** establecido mediante el EPQ-R aunque podría influir la variable edad, ya que son el grupo clínico más joven de toda la muestra.

En cambio, el **grupo de psicóticos** puntúan sólo más alto en ideación mágica, mientras que en el perfil de personalidad este grupo se sitúa dentro de la media de puntuaciones, aspecto que revela dos cuestiones importantes:

- la importancia de la ideación mágica, como predictor de psicosis dentro de la población normal dado su predominancia en la población psicótica.
- el perfil de personalidad de la muestra psicótica está muy próxima a la media y avala el modelo de continuo entre población psicótica y normal.

3) En los datos obtenidos por **clasificación a posteriori**, vemos que de los seis grupos iniciales propuestos mediante el dendograma, son los tres finales (**resiliente, antisocial y supracontrolado**) los que nos permiten extraer conclusiones, tras realizar anovas con siete variables tomadas como dependientes.

Se permite llegar a probar con claridad que el **grupo antisocial** es que puntúa de forma significativa más alto en neuroticismo, psicoticismo, ideación mágica, esquizotípico, antisocial y fallos cognitivos.

Se confirma así la hipótesis planteada en el punto 7.1.2.3., con la suficiente validación interna de los tres grupos en todas las variables estudiadas.

Entre el grupo antisocial y supracontrolado (los que integran más pacientes) no hay diferencias en rumiación y entre este último y resiliente (formado mayoritariamente por estudiantes) tampoco las hay en ideación mágica y antisocial.

Como conclusiones, decir que cada uno de los tres grupos integran pacientes y universitarios: por ejemplo el resiliente, de mejor perfil de personalidad (ver figura 15) integra 39 estudiantes, 34 psicóticos y 8 no psicóticos)

Resulta muy llamativo que las peores puntuaciones aparezcan en el grupo antisocial, al que pertenecen 37 psicóticos, 15 no psicóticos y 5 estudiantes y al que sin duda pertenecen los sujetos con peores puntuaciones en seis de las siete variables (en rumiación puntúan alto tanto antisocial como supracontrolado).

- 4) En las **correlaciones encontradas entre las variables de personalidad** evaluadas por el **EPQ-R** y el **CEPER-5** (tabla 30) vemos que salvo dos (extraversión, con antisocial y narcisista) todas ellas son significativas.

Las mayores correlaciones se dan en el caso de neuroticismo, con límite (.61) y esquizotípico (.46) y sobre todo en el caso de psicoticismo, con antisocial (.56) y límite (.49).

En conjunto, es **psicoticismo** la dimensión de personalidad que más correlaciona con los estilos del CEPER y tal y como vimos en la figura 17, es la variable en la que puntúa de forma significativamente superior el grupo antisocial, que como ya se ha descrito, es el que presenta un perfil de personalidad más patológico.

Puede concluirse que la variable de psicoticismo correlaciona de forma más clara con los trastornos de personalidad que evalúa el CEPER: esto es, **a mayor puntuación en psicoticismo, mayor probabilidad de mostrar un trastorno de personalidad**, evaluado mediante este instrumento.

- 5) Al abordar el **estudio de la esquizotipia** realizando tres grupos según las puntuaciones en esta variable, vemos que el grupo 2 (el que pertenece al cuartil con puntuaciones superiores) presenta unas características que nos permiten extraer varias conclusiones.

El grupo con más altas puntuaciones en esquizotipia es el que más alto puntúa en las variables de los diferentes trastornos de personalidad, ideación mágica, rumiación, reflexión, así como fallos cognitivos, donde las mujeres son superiores en este grupo a los hombres.

Es el que puntúa por encima de los otros dos en las dimensiones de neuroticismo (correlaciona .46), psicoticismo (.34) y por encima del grupo 3 ó intermedio, levemente en extraversión.

La importancia de esta variable consiste en que aquellos sujetos con altas puntuaciones en esquizotipia presentan una serie de características, tanto de personalidad como cognitivas, que le atribuyen en su conjunto el **carácter de predictor de psicosis**.

Así los sujetos con rasgos esquizotípicos forman parte del continuo propuesto por Meehl (1990) en el la esquizofrenia se encuentra en un extremo y la normalidad en el otro.

FALLOS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA

- 6) El análisis de varianza realizado con los **cuatro grupos diagnósticos de la muestra clínica** respecto a variables cognitivas, revela de nuevo un grupo que destaca claramente sobre los demás.

En concreto es el grupo 3 (que corresponde al de **trastornos de personalidad**), que es con diferencia el **peor en las variables cognitivas evaluadas**, ya que puntúa significativamente superior en fallos cognitivos y rumiación, siendo extensible a la variable de neuroticismo con la que correlaciona.

Dentro del grupo 3, ya hemos visto que la variable sexo influye, de forma que las mujeres de este grupo puntúan mucho más alto que los varones y en general que el resto de la muestra clínica en Ideación Mágica (figura 49), así como en los estilos de personalidad antisocial (figura 54), histriónico y límite (figura 55).

En general los dos grupos no psicóticos puntúan en estas variables cognitivas muy por encima de la media respecto a los dos psicóticos, que puntúan por debajo: es decir, cometen muchos más fallos cognitivos y son más “rumiadores” en su patrón de pensamiento.

En la única variable que no destaca ningún grupo es en la variable de reflexión, que como ya se ha dicho, correlaciona con la variable de apertura mental, algo que es destacable ya que se trata de una muestra clínica.

Como conclusión final, el grupo de Esquizofrenia paranoide es el que más bajo puntúa en las variables cognitivas, en concreto en Fallos cognitivos y sobre todo en su factor 5, siendo el segundo más bajo y muy próximo a las puntuaciones del grupo de Otros trastornos psicóticos, en el factor 4 de Fallos cognitivos y en Rumiación.

LATERALIDAD MANUAL EN LA ESQUIZOFRENIA

- 7) En la relación estudiada entre cociente de lateralidad y psicoticismo de los sujetos en la muestra que incluye a 175 sujetos (universitarios y pacientes), vemos que los ambidextros superan a los diestros en puntuaciones de psicoticismo (figura 44).

- 8) En la muestra clínica de 146 pacientes, entre los dos grupos realizados según su cociente de lateralidad, los ambidextros son muy superiores en psicoticismo, mientras que los diestros son superiores en neuroticismo.

Podemos afirmar que cuando el **sujeto está más firmemente lateralizado aumenta su neuroticismo**, a la vez que **disminuye su psicoticismo**, mientras en el caso de los ambidextros, el efecto es el opuesto, corroborando las conclusiones encontradas en los estudios de Trapnell y Campbell (1999) y de Niebauer (2004).

La relación entre preferencia manual y neuroticismo ya había sido propuesta en 2004 por Niebauer empleando como instrumentos el RRO, el EHI y el MIS: los mayormente lateralizados puntuaban más alto en neuroticismo al preferir, casi necesitar, consistencia a su alrededor y en sus procesos de autoconciencia.

En los sujetos ambidextros, con un mayor uso del hemisferio derecho, apreció un mayor desarrollo del margen de la conciencia y a la vez, obtendrían mayores puntuaciones en Ideación Mágica.

Este último matiz que extiende la relación preferencia manual y neuroticismo con ideación mágica, también queda apoyado por los resultados que se aprecian en la figura 47, en la que **los psicóticos puntúan más alto en ideación mágica si son ambidextros**, pero ocurre lo contrario en los no psicóticos, que puntúan más bajo en ideación mágica si son ambidextros.

En la figura 48 que realiza el mismo estudio, pero para los cuatro grupos diagnósticos, se corrobora lo anterior, pero llama la atención comprobar que en los no psicóticos la preferencia manual influye de forma clara en el caso de los **trastornos de personalidad** y lo hace en sentido contrario: **si son diestros puntúan en ideación mágica muy alto** respecto a los zurdos o ambidextros y al nivel de los psicóticos.

En la figura 49 se comprueba cómo la variable sexo influye en la ideación mágica y el grupo diagnóstico, ya que las **mujeres con trastornos de personalidad puntúan mucho más alto que los varones en Ideación Mágica (MIS)**, al contrario de lo que ocurre en el grupo de otros trastornos psicóticos.

Trapnell y Campbell (1999) por su parte ya habían sugerido que las variaciones entre la interacción hemisférica medidas en preferencia manual, dan diferencias en el grado de autoconciencia de los sujetos: los sujetos ambidextros correlacionan con reflexión (que correlaciona con apertura) y los lateralizados con rumiación (que correlaciona con neuroticismo).

- 9) En la muestra clínica vemos que los no psicóticos son el grupo que puntúan más bajo en el Cociente de lateralidad (presenta un mayor porcentaje de ambidextros), con una diferencia significativa respecto a los psicóticos.

Dane et al. (2009) sostiene una mayor lateralización ambidextra en los psicóticos frente a los normales, coincidiendo con lo mostrado por la figura 56 del presente estudio, donde la diferencia es significativa ($p=.06$) entre estas dos muestras.

Estos apuntes apoyan la idea de continuo según el grado de cociente de lateralidad del sujeto, de forma que a mayor lateralización, sería más probable encontrar un perfil de personalidad ajustado a la normalidad, tal y como apunta los resultados de cada grupo en los cinco estilos de personalidad del CEPER que refleja la figura 53.

- 10) Siguiendo con la tendencia a puntuar de forma significativa según el diagnóstico, vemos de nuevo (figura 57) que el grupo de trastornos de personalidad es inferior en su C. L. a los otros tres grupos, es decir, los **trastornos de personalidad son los más ambidextros** de la muestra clínica.

Vemos también que el grupo de esquizofrenia paranoide es el segundo grupo que puntúa más bajo en el cociente de lateralidad, aunque a mayor distancia del citado de trastornos de personalidad, por lo que también apoya la idea de Dane et al. (2009) que sostiene que los psicóticos son más ambidextros que la población normal.

- 11)** Para finalizar este apartado, se buscan las **interacciones** entre las variables neuropsicológicas obtenidas mediante la batería **Luria-DNA** y el **cociente de lateralidad** de una muestra de **sujetos psicóticos**.

Vemos que los sujetos psicóticos **diestros** son significativamente **superiores a los no diestros** en cuatro subtests (**Orientación espacial, Habla receptiva, Habla expresiva y Control atencional**).

En el resto de subtests no se han hallado diferencias significativas, ni tampoco en la penalización por vacilaciones en ninguno de los tres tipos (de Imprecisión, Atención o Tiempo).

NEUROPSICOLOGÍA EN LA ESQUIZOFRENIA

- 12)** Entre los dos grupos psicóticos, vemos cómo el grupo de **esquizofrenia paranoide** presenta un **perfil neuropsicológico diferente** en la mayoría de subtests al grupo de otros trastornos psicóticos.

El perfil de **esquizofrenia paranoide** se sitúa más dentro de los valores medios y se muestra en general más compensado, excepto en tres subtests en los que puntúa bajo, el 1 (Percepción visual), el 7 (Dibujos temáticos) y especialmente el 6 (Memorización lógica) en el que muestra la peor puntuación en la batería.

El perfil de **otros trastornos psicóticos** se muestra más irregular, con puntuaciones muy bajas en cuatro subtest, el 1 (Percepción visual), 5 (Memoria inmediata), 6 (Memorización lógica) y 7 (Dibujos temáticos) y el resto próximo a la media. En Control atencional puntúa excepcionalmente alto y próximo a puntuaciones T de 55.

Como se comenta en la figura 62 para cada una de las áreas evaluadas, mientras el grupo de esquizofrenia paranoide puntúa por encima del grupo de otros trastornos psicóticos en el primer subtest de cada área, puntúa en cambio por debajo en el segundo (superior en subtests impares e inferior en los pares).

En los **puntos fuertes** del perfil de ambos, debemos resaltar las puntuaciones en el subtest 2 (**Orientación espacial**), junto al 4 (**Habla expresiva**), con puntuaciones en ambos en torno a la media.

Pero es especialmente en el de **Control Atencional**, donde la muestra clínica en conjunto presenta puntuaciones más altas, incluso en este último, por encima de la media.

En los **aspectos deficitarios** de los dos grupos vemos que hay dos subtests con diferencias más marcadas entre ambos grupos: en el subtest 1 (**Percepción visual**) el grupo 2 puntúa muy por debajo del 1, ya que la mayoría de sujetos de este grupo 2 tienen puntuaciones T por debajo de la media, mientras que en el Subtest 5 (**Memoria inmediata**) el grupo 1 se muestra muy superior al 2.

Hay otros dos subtests en los que los dos grupos obtienen puntuaciones especialmente bajas: es en el Subtest 6 (**Memorización lógica**), donde puntúa el grupo 1 en el peor resultado de los nueve que componen la batería, así como en el Subtest 7 (**Dibujos temáticos**) donde los dos grupos obtienen puntuaciones muy bajas, ligeramente superiores a 40.

- 13)** En **Control atencional** tan sólo 6 sujetos de los 31 (4 del grupo 1 y 1 del grupo 2) puntúan por debajo de la media, es decir por debajo de 50.

Por grupos, destaca el grupo 2 quien llega casi a 55 en su media de puntuaciones T, mientras que el grupo 1 está ligeramente por encima de la media.

Es decir, dentro del buen rendimiento general en control atencional mostrado por el grupo de psicóticos, sería el subgrupo de otros trastornos psicóticos quien muestra aun mejor puntuación en esta variable respecto a otros diagnósticos psicóticos.

De acuerdo a la conclusión ya desarrollada en el punto 11, dado que los sujetos psicóticos con preferencia manual diestra muestran un control atencional mayor que los ambidextros, el porcentaje de diestros debería ser también mayor en el grupo 2.

- 14)** Tras un análisis de conglomerados de la muestra de 31 sujetos psicóticos se obtienen **cuatro cluster** con perfiles neuropsicológicos diferenciados empleando la Batería Luria-DNA.

Mientras aparece un conglomerado (nº 4, de 5 sujetos) con buena capacidad intelectual y atencional puntuando alto y por encima de la media en 7 subtests, aparece otro (nº 3, de 12 sujetos) con perfil dentro de la media y buen nivel atencional.

Les siguen un tercer conglomerado (nº1, de 10 sujetos) con perfil irregular, aunque buen nivel atencional y por último, un conglomerado (nº 2, de 5 sujetos) de perfil deficitario, tanto intelectual como atencional, que junto a su alta puntuación en vacilaciones de atención, sugieren una **alteración a nivel frontal**.

Vemos que las puntuaciones en variables neuropsicológicas de estos cuatro cluster de la muestra de psicóticos siguen una **distribución normal**: aparecen dos grupos minoritarios de 5 y 4 sujetos en los extremos, de buen rendimiento uno y deficitario y casi patológico otro, mientras que hay otros dos grupos más numerosos de 12 y 10 sujetos, ambos dentro de la media, aunque uno de ellos de perfil más irregular.

Por último, todos salvo el conglomerado deficitario, presentan un nivel muy alto en control atencional.

Entre las **limitaciones** de este estudio, además de las reseñadas en el apartado 3.3. Limitaciones Metodológicas, deben tenerse en cuenta a la hora de extraer conclusiones, dadas las especiales características de la muestra clínica, los siguientes aspectos relacionados con el procedimiento de evaluación de dicha muestra:

Existe una heterogeneidad en los diagnósticos de los casos de la muestra clínica (ver apartado 6.1.1. Muestra Clínica). Salvo la submuestra de esquizofrenia paranoide (N=59), el resto de diagnósticos aparece más disperso y se da cierta disparidad entre el número de la muestra psicótica y la no psicótica (111 casos frente a 43), siendo esta última submuestra la más dispersa en sus diagnósticos.

Heterogeneidad en el perfil de los casos de la muestra clínica, que al pertenecer a cuatro tipos diferentes de dispositivos de salud mental, hace que no presenten unas características a priori homogéneas.

Pese a que los instrumentos están estandarizados en su aplicación, se han empleado en siete recursos sanitarios diferentes por evaluadores diferentes, por lo que pueden intervenir variables no controladas en cada ambiente de evaluación: motivación del usuario, condiciones de ejecución de las pruebas ...

En todo caso, los evaluadores son los terapeutas de referencia de los pacientes y se realiza en un ambiente familiar para ellos, ya que se ha buscado que las condiciones sean las más propicias para la validez de los datos.

En cuanto a las limitaciones comentadas de heterogeneidad de la muestra, debe tenerse en cuenta la extraordinaria heterogeneidad y complejidad del colectivo de personas con enfermedad mental grave y prolongada, así como la dificultad para poder contar con muestra clínica que muestre su colaboración para ser evaluada.

Por ello, la evaluación realizada en esta tesis doctoral sobre una muestra clínica de 154 personas con enfermedad mental grave y prolongada, con diferentes diagnósticos, en cuatro tipos de dispositivos y en cuatro ciudades diferentes, aumenta notablemente la representatividad de la muestra empleada.

Se han presentado a lo largo de este apartado una serie de aspectos que buscan enlazar los planteamientos teóricos expuestos en la parte primera de este estudio (aproximación teórica), con los resultados y conclusiones obtenidos.

En el estudio realizado de las características de personalidad, cognitivas y neuropsicológicas de la población psicótica y más en concreto, con un diagnóstico de esquizofrenia, podemos establecer una serie de apuntes interesantes al comparar distintas muestras entre sí.

Para ello se han empleado varios instrumentos que evalúan áreas diferentes, lo que hace aun más complejo el estudio de los datos y la extracción de conclusiones.

Por ejemplo se han comparado en los análisis de datos, una submuestra de sujetos normales tomados entre la población universitaria de la Universidad de León y varias submuestras de usuarios de recursos de la red sanitaria pública de salud mental de Castilla y León, tomadas como representativas de la población clínica.

La muestra clínica se ha estudiado y comparado por grupos según su diagnóstico (en cuatro grupos), según sus características de personalidad, según variables como el grado de esquizotipia e incluso según su grado de preferencia manual.

En definitiva, se han estudiado diferentes variables en la población general comparada respecto a la clínica, algo que pretende desmitificar o desestigmatizar el a la población con diagnóstico de enfermedad mental, apartada del resto de la sociedad por las limitaciones de su patología.

En el momento actual de espera de la revisión del vigente manual de la APA y publicación alrededor del año 2010 del próximo DSM-V, que servirá de referente nosográfico a la psiquiatría actual, conviene tener una visión más comprensiva de la enfermedad mental, entendida como un aspecto propio e inherente a la naturaleza intrínseca del ser humano y para ello es necesaria una defensa del planteamiento dimensional frente al tradicional categorial.

Guimón (2006) afirma que ya durante la elaboración del DSM-IV hubo propuestas, que no llegaron a prosperar para adoptar un modelo dimensional y varios autores aconsejan que se haga un sistema en el DSM-IV al menos en parte dimensional.

El autor denuncia que salvo en los trastornos orgánicos, en la psiquiatría actual no se ha llegado sino a *"detectar síntomas que covarían validados a veces por la clínica en forma de síndromes, pero que pueden provenir de diversos factores causales"*.

Así las categorías propuestas por los CIE-10 y DSM-IV *"son poco específicas porque se solapan en exceso con otras, han sido escasamente validadas tanto por estudios biológicos como por respuestas a los tratamientos y distinguen mal los grados de gravedad con lo que los casos subclínicos no se acomodan fácilmente a ellas"*.

En general prevé que las clasificaciones categoriales, seguirán siendo las más utilizadas, especialmente para los trastornos que tienen mayor base biológica (esquizofrenia, depresiones mayores y bipolares, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de personalidad).

Pero en contraposición defiende la importancia que deben darse en el futuro a los síntomas *leves* (como la ideación mágica) que aparecen a lo largo de la vida del sujeto, han sido tradicionalmente ignorados por la psicopatología descriptiva y están presentes en categorías diagnósticas diferentes.

Es por ello que los límites entre categorías diagnósticas se han ido borrando y dejando paso a la propuesta de agrupamientos diagnósticos dimensionales, que reciben el nombre de *espectros*.

El espectro sería una agrupación de trastornos con marcadores comunes y conlleva las características de inicio precoz, cronicidad e inexistencia de umbral claro entre lo normal y lo patológico.

Se habla de espectros como el depresivo o el esquizofrénico, que incluye la esquizoidia, la esquizotipia y el trastorno esquizoafectivo, llegando incluso algunos autores a clasificar los trastornos depresivos en un *continuum* que va desde los trastornos bipolares no psicóticos hasta los esquizofrénicos (Ketter et al., 2004)

En esta línea, autores como Mellor y Aragona (2009) defienden la visión de un modelo categorial *en crisis* frente a planteamientos más conservadores, que si bien defienden la continuidad de este modelo basándose en la mejora de los diagnósticos psiquiátricos, no han afianzado los logros esperados en cuanto a diagnóstico, validez y utilidad clínica.

Así por ejemplo, ningún marcador o síntoma ha demostrado ser *específico* en la identificación de síndromes del D.S.M., diversos estudios destacan la extrema *comorbilidad* entre trastornos frente a la hipótesis de que cada trastorno tiene diferentes etiologías.

Por último debe reseñarse la frecuente y extrema *inestabilidad diagnóstica* a corto plazo en los trastornos, algo que ya se había apuntado en el apartado 2.2.2. Prevalencia y comorbilidad de la esquizotipia.

Como muestra respecto a la comorbilidad de diagnósticos, el estudio de Hogg et al. (1990) encuentra que en el que un 57 % de los esquizofrénicos, cumplen los criterios para ser diagnosticados de algún trastorno de personalidad, de los cuales, un 21 % era esquizotípico, un 15 % límite y un 15 % antisocial.

En el aspecto de la fiabilidad, ya se ha señalado en el apartado 2. 1. 1. La teoría del psicoticismo de H. J. Eysenck y el enfoque dimensional, que autores como Kendell (1974) encuentran que el 58 % de los pacientes no tienen cambios significativos en su diagnóstico y que la permanencia en la misma categoría diagnóstica es del 69 % de las depresiones, 75 % de esquizofrenias y 35 % de los trastornos de personalidad.

Se va extendiendo entre los investigadores la opinión descrita por autores como Kupfer, First y Regier (2002) que denuncia la creciente dificultad de llegar a la etiología de cada trastorno desde la clasificación psicopatológica actual del D.S.M., que investiga exclusivamente el perfeccionamiento de los síndromes para su validación.

Para llegar a la etiología de cada síndrome debe producirse un cambio en el paradigma actual que predomina en la comunidad científica, de tipo categorial, en la línea que describe Kuhn (1962) en su Teoría de las revoluciones científicas. Así en un primer periodo, denominado por Kuhn como *preparadigmático*, no existe un cuerpo teórico común y hay una competencia entre, en este caso, diferentes sistemas de clasificaciones diagnósticas.

Con anterioridad al D.S.M. y el C.I.E., la visión de la psicosis es fuente de controversias entre países, escuelas y psiquiatras, al emplear diferentes nosografías, de forma que por ejemplo, la *psicasternia* de Janet entra dentro de la esquizofrenia de Bleuler y viceversa.

En este período, hay un primer intento de consensuar las clasificaciones diagnósticas en 1948 por parte de la O.M.S. al publicar en la sexta edición del Código

Internacional de Clasificación de las Enfermedades un apartado de las enfermedades mentales, seguido en 1952 de la publicación del D.S.M.-I por parte de la A.P.A.

En el segundo período, denominado *paradigmático*, supone adoptar un lenguaje común para el diagnóstico psiquiátrico. Será el D.S.M.-III quien incluya unos criterios diagnósticos específicos, de forma que deben confirmarse una serie de síntomas con una serie de criterios para llegar a un diagnóstico concreto.

Con este aspecto se afianza la fase paradigmática de la nosografía psiquiátrica, ya que se extiende el uso del D.S.M.-III a toda la comunidad científica internacional y es empleado como referente nosográfico por profesionales de diferentes orientaciones, aportando con ello un lenguaje estándar definitivo.

Pero la tercera fase, denominada por Kuhn de *crisis* del paradigma, corresponde al momento actual y aparece cuando los problemas o anomalías surgidos en la aplicación del paradigma plantean la modificación de sus fundamentos estructurales.

Tras años de aplicación de los criterios diagnósticos del D.S.M. cada vez son más importantes sus limitaciones en la práctica clínica, como su elevada tasa de comorbilidad entre los trastornos, consecuencia de la importancia arbitraria que se den a los síntomas tomados como criterios diagnósticos, la heterogeneidad interna de los diagnósticos y su falta de especificidad.

Así por ejemplo, la práctica psiquiátrica de diagnóstico facilita esta comorbilidad según se identifiquen en función de variables poco controladas y a menudo de forma arbitraria, unos síntomas del sujeto sobre otros.

Como respuesta a esta crisis, surge como alternativa el **enfoque dimensional**, al menos en los trastornos de la personalidad. El diagnóstico dimensional se opone a una visión de los trastornos mentales como entidades diferentes y claramente separadas, ya que a menudo en un mismo sujeto se manifiestan diferentes trastornos, a su vez con superposición de síntomas.

Propone un sistema en el que los síntomas se consideren como niveles de intensidad, presentes en todas las personas, que podrían situarse a lo largo de un continuo dimensional.

Para hacer posible este modelo deben darse ciertas premisas:

- Las dimensiones deben tener una distribución continua y variar cuantitativamente.
- No son específicas de una categoría diagnóstica, sino que pueden aparecer en varias.
- Deben ser homogéneas, para permitir esa continuidad y a la vez cuantificación.
- Deben carecer de jerarquía, por lo que todas tiene clínicamente igual importancia.

Este enfoque permite un *diagnóstico dimensional* que resolvería la principal anomalía del paradigma categorial: la comorbilidad o existencia de dos o más trastornos en el mismo paciente. En este modelo cada sujeto se situaría en cada momento, en una medida de varias dimensiones predeterminadas en un único perfil del paciente.

A diferencia del modelo categorial, en el dimensional el concepto de comorbilidad sería absurdo, ya que la existencia de varias dimensiones sería lo normal, de forma análoga a como ocurre en el modelo de personalidad *Big Five* que permite describir el perfil de un sujeto.

Permite aportar además una continuidad entre la normalidad y lo patológico, algo ya apuntado a lo largo de este estudio, tanto en su parte teórica como en la empírica, de forma que es normal que el sujeto se *mueva* entre un polo y otro simultáneamente en varias dimensiones, que deben tenerse a su vez en cuenta en su conjunto, a la hora de diagnosticar el trastorno motivo de estudio.

Permite además incluir información que es relevante o muy relevante para el paciente, pero que a menudo el clínico pasa por alto, preocupado en la asignación del paciente a una determinada categoría que elimine la incertidumbre diagnóstica

planteada y si hay algo que no debe perderse de vista, es que este primer paso es crucial para el correcto abordaje terapéutico posterior.

Tomando como referente este enfoque de cambio hacia un modelo dimensional, los resultados obtenidos en esta investigación apoyan la fase comentada de crisis del paradigma actual de tipo categorial.

En esta línea, estudios como los de Lincoln, Arens, Berger y Rief. (2008) y Arens, Berger y Lincoln (2009) estudian las actitudes que tienen dos grupos de estudiantes universitarios, psicología y psiquiatría hacia pacientes de esquizofrenia.

En el primer estudio encuentran que en ambos grupos se da un nivel acusado de actitudes de tipo negativo. Las actitudes positivas se relacionan con creencias causales de la enfermedad entre los estudiantes de medicina y a creencias causales psicosociales entre los de psicología.

Concluyen que es importante incidir en modelos etiológicos de tipo multidimensionales antes que monocausales, para reducir el estigma que provoca actitudes negativas ante las personas con esquizofrenia.

En el segundo estudio reiteran de nuevo en promover un enfoque multidimensional de las causas de la esquizofrenia como medio imprescindible para reducir los estereotipos negativos hacia esta enfermedad, es decir, hacia el estigma social con el que se enfrentan los enfermos que la padecen.

Ponen como ejemplo de modelo de esquizofrenia en el que debería apoyarse cualquier programa que se proponga reducir el estigma social de la enfermedad, el modelo de diátesis-estrés (Zubing y Spring, 1977; Nuechterlein y Dawson, 1984).

En general, debe entenderse como dicen Peralta y Cuesta (2003) que los modelos clínicos de la esquizofrenia, como el modelo dicotómico esquizofrenia positiva-negativa o el modelo del DSM, han fallado en el intento de servir de herramienta para organizar las complejas manifestaciones metodológicas de dicha enfermedad, de forma que aun carecemos de un modelo definitivo.

A partir del modelo dicotómico, los autores habían llamado la atención sobre que la mayoría de los análisis factoriales agrupan los síntomas de la esquizofrenia en torno a tres factores o síndromes dimensionales: *psicosis* (delirios y alucinaciones), *desorganización* (trastornos de pensamiento, conducta extraña ...) y *negativo* (apatía, anhedonia ...), según explican Belloch et al. (2008).

Este modelo trisindrómico dimensional de la esquizofrenia propone que los tres factores pueden ser la expresión de procesos diferentes, pueden coexistir en un mismo paciente (carácter dimensional) y pueden ser estudiados más allá de su categoría diagnóstica, por lo que son aditivos y no excluyentes.

Posteriormente proponen un cuarto factor denominado disfunción social, de forma que psicosis y desorganización formarían parte de los síntomas positivos, y negativo y disfunción social de los positivos.

Peralta y Cuesta remarcan la necesidad de encontrar un modelo que nos ayude a comprender la compleja realidad de esta enfermedad, por lo que en 2003 proponen un modelo polidiagnóstico-multidimensional, que permita establecer para qué preguntas clínicas o de investigación funciona mejor un modelo u otro de los dos mencionados.

Entienden que tanto la esquizofrenia como cualquier otra patología mental, es a la vez categorial y dimensional y lo importante es saber en qué circunstancias un enfoque funciona mejor que el otro, ya que tienen diferentes objetivos y por lo tanto contestan a diferentes preguntas.

En resumen, vemos que tanto los datos como las **principales conclusiones** obtenidas en esta tesis, que son presentadas a continuación en el siguiente apartado, apoyan esta tendencia emergente en el actual panorama científico, dedicado al estudio y abordaje de los trastornos de tipo mental.

8. 2. CONCLUSIONES

Como se comentó al inicio del anterior apartado, a continuación resumiremos en doce puntos las **conclusiones fundamentales** halladas en los siguientes aspectos:

1) Cobran importancia los **trastornos de personalidad** por su especial vinculación con puntuaciones altas en psicoticismo, así **a mayor puntuación en psicoticismo, mayor probabilidad de mostrar un trastorno de personalidad** (tal y como se exponía en el punto nº 4 de la discusión).

2) Los trastornos de personalidad forman el grupo diagnóstico que presentan un **perfil de personalidad más patológico**, además de presentar el menor grado de lateralización, rumiación y fallos cognitivos.

3) Llama la atención cómo en el grupo de **trastornos de la personalidad** influye la variable sexo: las **mujeres** de este grupo puntúan significativamente más alto respecto al resto de muestra clínica en estilo antisocial, límite e histriónico, neuroticismo, psicoticismo e ideación mágica, más bajo en extraversión y destaca así mismo por tener la media de edad más baja de la muestra clínica.

4) Dentro de los trastornos de personalidad, es especialmente importante el **trastorno esquizotípico**. Siendo la esquizotipia un **indicador de vulnerabilidad** a desarrollar trastornos psicóticos, sería un grupo a priori de **alto riesgo**, por lo que debe tenerse muy en cuenta este **continuo** entre normalidad y psicosis

El grupo de sujetos con mayor esquizotipia, presenta puntuaciones **significativamente más altas** en variables como neuroticismo, psicoticismo, trastornos de personalidad, ideación mágica (como ya anticiparon Eckblad y Chapman, 1983), rumiación, reflexión y fallos cognitivos.

5) Son importantes las características encontradas en la muestra de sujetos con **diagnóstico no psicótico**, que con un **perfil de personalidad más disfuncional**, están más pobremente lateralizados y cometen más fallos cognitivos que los psicóticos (en las puntuaciones generales y en los dos factores estudiados) y en la variable de rumiación.

6) La muestra de **sujetos psicóticos** (N=110) presenta como principales características, comparada **respecto a la de no psicóticos** (N=39):

6.1) Puntúan **más alto en extraversión y menos en psicoticismo y neuroticismo**, especialmente en esta dimensión.

6.2.) Confirma su **mejor perfil de personalidad** al puntuar más bajo en estilo antisocial y límite, similar en histriónico y algo superior en narcisista y esquizotípico, confirmando en este último, el binomio psicosis-esquizotipia.

6.3.) Puntúa significativamente **más alto en ideación mágica**, pero **más bajo en fallos cognitivos**, especialmente el subgrupo de esquizofrenia paranoide.

6.4.) Se muestran **más lateralizados** y especialmente en la submuestra *Otras psicosis*, en la que están casi próximos a la muestra de normales, por lo que en esta variable hay un continuo no psicóticos-psicóticos-normales.

7) El estudio de las características del grupo de psicóticos a lo largo de esta investigación apoya la idea de continuo en la línea de estudio del **enfoque dimensional** que clasifica síntomas, no pacientes.

Las principales **evidencias** encontradas son las siguientes:

7.1.) Entre dos muestras diferentes, la de Russo et al. (2009) de población normal (N=696) y la muestra clínica presentada en esta tesis doctoral (N=149), **no hay diferencias en las correlaciones entre Psicoticismo y Neuroticismo.**

7.2.) El **perfil de personalidad** mostrado por el grupo de psicóticos (clasificación a priori según diagnóstico) **se encuentra a medio camino entre el grupo de no psicóticos y el de normales** (tanto en las tres dimensiones de Eysenck, como en puntuaciones del CEPER).

7.3.) En el grupo denominado a posteriori como resiliente, de **mejor perfil de personalidad** de los tres, estaba compuesto por **39 estudiantes, 34 psicóticos y 8 no psicóticos.**

7.4.) En el estudio de la lateralidad manual, el grupo psicótico puntúa en un continuo entre los trastornos no psicóticos y la población normal, de forma que **a mayor cociente de lateralización, mejor perfil de personalidad.**

8) A nivel **neuropsicológico**, la muestra de **sujetos psicóticos presenta un perfil deficitario** en la mayoría de variables evaluadas mediante la batería Luria-DNA, aunque puntúan **próximos a la media** en Orientación espacial, Habla receptiva y Actividad conceptual, y destacan especialmente, por encima de la media, en su **alto rendimiento en Control atencional.**

9) Dentro de la muestra de sujetos psicóticos vemos que el grupo de **esquizofrenia paranoide** presenta un **perfil neuropsicológico diferente** al grupo de otros trastornos psicóticos: puntúa dentro de los valores medios, salvo en tres subtests en los que puntúa bajo (Percepción visual, Dibujos temáticos y especialmente Memorización lógica), **mostrándose en general más compensado.**

10) El grupo de **otros trastornos psicóticos** muestra un **perfil más irregular**, con puntuaciones muy bajas en cuatro subtests (Percepción visual, Memoria inmediata, Memorización lógica y Dibujos temáticos) y el resto próximo a la media salvo en Control atencional donde puntúa excepcionalmente alto.

11) Tras un análisis de conglomerados de los sujetos psicóticos se obtienen **cuatro cluster con perfiles neuropsicológicos diferenciados**: uno con buena capacidad intelectual y atencional, otro con perfil dentro de la media y buen nivel atencional, otro con perfil irregular aunque buen nivel atencional y por último, aparece un conglomerado deficitario, tanto intelectual como atencional, que sugiere una alteración a nivel frontal. Todos salvo el deficitario, confirman un **nivel muy alto en control atencional**.

12) Estos cuatro cluster sugieren una **distribución normal** de las variables neuropsicológicas dentro de la muestra de sujetos psicóticos, algo que refuerza de nuevo la **idea de continuo** en dichas variables.

CAPÍTULO 9

CASOS ILUSTRATIVOS

Los nueve casos expuestos a continuación bajo el epígrafe “Casos ilustrativos”, son una representación de la muestra clínica del Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios de León, elegida bajo un criterio arbitrario de representatividad (diagnóstico, sexo, nivel cultural, edad, gravedad de la sintomatología ...).

Se presentan **nueve** casos en total para los dos grandes subgrupos de la muestra clínica, de forma que cinco pertenecen al colectivo de usuarios psicóticos (casos 1 al 5) y cuatro al de no psicóticos (casos 6 al 9), según el siguiente criterio:

- Un caso **desestimado** (caso 1), que no llega a evaluarse y no forma parte de la muestra clínica evaluada en esta investigación. Por su diagnóstico pertenece a priori al grupo psicóticos y debe señalarse que en la muestra clínica sólo se ha desestimado algún caso aislado dentro de este grupo, fundamentalmente por la propia sintomatología del paciente: trastornos de pensamiento, excesiva ansiedad e incluso rechazo de la situación de evaluación, efectos del tratamiento farmacológico, así como limitación cognitiva significativa, bien secundarios al tratamiento, bien propios de la enfermedad.
- Dos casos (números 2 y 6) que **no completan en su totalidad** la batería de pruebas, fundamentalmente por limitaciones de su sintomatología, que son menos severas que las señaladas en el caso anterior.
- Cuatro casos, uno **para cada sexo** (casos 3, 4, 7 y 8), considerados dentro de un nivel de ejecución medio dentro de la muestra.
- Dos casos de **buena ejecución** (casos 5 y 9) en lo que se refiere a conservación de las capacidades cognitivas y poca sintomatología activa, de forma que entrarían dentro de un nivel cognitivo de ejecución normalizado.

Se da la circunstancia que en estos dos últimos casos (5 y 9), pese a la menor presencia de sintomatología, ésta no resta gravedad a las limitaciones que les impone su psicopatología.

Esto es algo muy frecuente tanto en los casos psicóticos con algún síntoma activo, casi único y característico de su trastorno (como es el caso del Trastorno delirante, F22.0, según la C.I.E. 10) como en los casos no psicóticos, en donde los trastornos de la personalidad son el paradigma de lo apuntado.

En su totalidad son evaluados como ya se ha explicado anteriormente, de forma grupal, como una actividad más de rehabilitación, en un entorno terapéutico habitual para el usuario (el propio Centro de Rehabilitación) y por su psicólogo de referencia, figura con la que ya está familiarizado y en la que confía de antemano.

En la descripción de los casos se hará referencia a un esquema común que consta de los siguientes puntos:

- Fecha de evaluación, de ingreso y de alta en el CRPS.
- Presentación del caso: se hace un breve comentario sobre las características clínicas que tiene el caso y que han decidido en su elección.
- Datos personales: información relevante para comprender las circunstancias personales del sujeto: edad, sexo, tipo de residencia, nivel de estudios, datos socioeconómicos y familiares ...
- Antecedentes familiares: se hace referencia a la presencia o no de enfermedad mental en otros miembros de la estructura familiar.
- Diagnóstico. Se especifica el diagnóstico del sujeto, con su código CIE-10.
- Tratamiento. Se detalla la medicación pautada que el sujeto está tomando en la fecha de evaluación, ya que son bastante frecuentes los ajustes del tratamiento farmacológico en las sucesivas consultas de seguimiento que realizan con el psiquiatra de referencia de su Equipo de Salud Mental.

En la descripción del tratamiento se detallan cinco aspectos: el *grupo terapéutico* de cada fármaco, la *dosis diaria* en miligramos del *principio activo* pautado, el *nombre comercial* del fármaco y por último, el *número de pastillas* o gotas para cada toma (Bravo, 2002).

- Resumen de historia clínica: se comenta la evolución del cuadro clínico del sujeto y cómo ha ido afectando a su historia personal desde su inicio hasta la actualidad.
- Situación clínica actual: se describe la clínica más relevante que presenta el sujeto en el momento de su evaluación.

En la presentación de los casos se intenta aportar la información necesaria para comprender la situación vital de cada caso presentado, pero velando siempre por la mayor confidencialidad y anonimato posible.

La presentación de un caso clínico supone exponer un conjunto complejo de circunstancias y procesos que interaccionan mutuamente y que permiten entender la situación personal del sujeto en el momento actual. Todas son importantes y deben tenerse en cuenta ya que influyen tanto en la manifestación de aspectos positivos como deficitarios del paciente.

En general, se trata de presentar un perfil de cada uno de los dos grupos de usuarios evaluados en el Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios de León, casos evaluados en su totalidad durante un periodo de tiempo que va desde el año 2006 a 2007.

• CASO 1: I.

Fecha de evaluación: 2005

Fecha de ingreso en CRPS: 12/11/04

Fecha de alta: 20/01/06

PRESENTACION DEL CASO

El usuario, pese a formar parte de la muestra clínica en el grupo de **psicóticos**, es **excluído** de la muestra evaluada dadas sus características psicopatológicas actuales, en las que la sintomatología, fundamentalmente referida a trastornos del pensamiento y ansiedad asociada a la situación de exámen, interfiere de forma significativa a la hora de contestar a las seis pruebas.

DATOS PERSONALES

- Varón de 34 años. Soltero y segundo de 3 hermanos. Convive en domicilio familiar en localidad cercana a León con padre de 68 años, jubilado, madre de 65, ama de casa y hermano menor de 30. Buen ambiente familiar, nivel socio-cultural y económico medio-alto. Hermano mayor (36 años) vive en Madrid.
- Estudios académicos interrumpidos por inicio de enfermedad, hasta primer curso de Ingeniería Técnica Industrial.
- Minusvalía de 67 % desde Septiembre de 2003.
- Cobra Pensión no contributiva (PNC) desde 2004.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes de enfermedad mental.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia Paranoide con defecto progresivo **F20.01** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antipsicótico atípico: 400 mg/día de clozapina (*Leponex*[®] 100, 1-1-2).
- ansiolítico benzodiazepínico: 15 mg/día de cloracepato (*Dorken*[®] 10, 1/2-0-1).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Ajuste premórbido, definido por los padres como carácter retraído, pese a ser sociable. Buen rendimiento académico y muy activo.
- Inicia en 1995 ingeniería técnica junto a su hermano mayor, compartiendo ambos piso de estudiantes. Presenta primeros síntomas de desorganización conductual en el primer curso de carrera, que se agravan cuando su hermano finaliza sus estudios universitarios y queda él sólo en un piso de estudiantes. Sufre su primera descompensación psicótica en el año 1996. Los padres refieren aislamiento social, dificultades de concentración en los estudios y presencia de alucinaciones que le llevan a abandonar la carrera y volver a domicilio familiar.
- Inicia tratamiento farmacológico con su psiquiatra privado en Febrero de 1996: tras mejoría inicial en sintomatología de alteraciones del pensamiento y sensorio-perceptivas, el tratamiento no evita la permanencia de síntomas negativos. Diagnosticado ese año de Esquizofrenia Paranoide.
- En Enero de 1997 es valorado en gabinete de psicología, apreciando incremento de sintomatología negativa y en términos generales, conservación de capacidades intelectuales, aunque con deterioro progresivo de nivel de comprensión, juicio práctico y adaptación a situaciones sociales, que disminuyen su competencia. Durante año 1997 realiza objeción de conciencia en un centro escolar, integrado en las tareas que le mandan y con ajuste social aceptable.
- Durante año 2000 abandona módulo formativo de grado superior, tras varios intentos por pobre rendimiento.

- Desde año 2003 su psiquiatra de Equipo de Salud Mental refiere deterioro de la enfermedad en todos los órdenes, pero afectando fundamentalmente a la desorganización de pensamiento, bloqueos y predominio de síntomas negativos y residuales.
- Derivado en Abril de 2004 a CRPS de León desde su ESM, mantiene ingreso en el centro desde Diciembre de ese mismo año.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Aislamiento social fuera del ámbito familiar (padres y hermanos).
- Realiza de forma autónoma y motivado, labores de casa como forma de ayudar a su madre. Presenta porte cuidado y buen aspecto personal.
- Da paseos con el padre por los alrededores de su localidad, charla con él por las tardes o juegan al ajedrez. Fines de semana realiza las mismas actividades, salvo cuando viene su hermano, que suelen acudir todos a algún centro comercial de la capital o viajan al pueblo.
- Ámbito familiar protector, en el que se siente respaldado. Tiene fuerte sentimiento de pertenencia a su familia, no busca nada fuera de ella. Padres reconocen que le protegen en exceso pero no quieren estresarle ni contrariarle, ya que lo le gusta.
- Su padre le acompaña al CRPS, acompañándole en coche particular tres mañanas a la semana a las 9:00 y esperándole a la salida, a las 13:00 horas. Rechazan ambos acudir en autobús pese a estar capacitado para ello.
- Al ingreso, presenta pobre conciencia de enfermedad, abordable y colaborador hacia la asistencia al centro y buena relación terapéutica con el psicólogo, pese a evitar compromiso en acudir de lunes a viernes o asistir por las tardes, por valorar excesivo a sus posibilidades.

- No presenta ni se aprecia sintomatología psicótica productiva, salvo claro trastorno de pensamiento, que es acelerado a la vez que tangencial y con asociaciones laxas.
- Resulta de este trastorno, presión en el habla, casi compulsiva y discurso verborreico, descarrilado e ilógico, con demanda de atención hacia el interlocutor. Esto dificulta en la entrevista individual, centrar el discurso en aspectos terapéuticos y establecer conclusiones del mismo, así como obtener información adecuada para el tratamiento.
- A nivel conductual acompaña de manierismos, gesticulaciones y risas inmotivadas, con comentarios irónicos y entrecortados, que no verbaliza con claridad. Realiza rituales de comprobación (ordenar material) sin llegar a ser excesivos, al finalizar la actividad y de despedida hacia el psicólogo al marchar del centro.
- Dificultad para intervenir de forma adecuada en las actividades de grupo, al solapar sus intervenciones a las de otros usuarios, sin respetar turnos de palabra y dificultando la concentración del resto de usuarios con comentarios no adecuados al contexto.
- En las actividades le cuesta trabajo centrar atención en la tarea, presentando pobre rendimiento en las mismas, pese a supuesta capacidad cognitiva conservada.
- Respecto a sus planes a medio plazo, no plantea plan vital fuera del medio familiar y de la atención que recibirá de su hermano mayor, cuando falten sus padres. No se muestra motivado para realizar ninguna actividad normalizada de ocio o de relación, con nadie que no sea de su familia.
- En CRPS habla de forma adecuada con usuarios en tiempos de descanso, pero sin establecer conversación estructurada y sin centrarse por mucho tiempo en un único tema. Dificultad para integrarse en conversaciones y en actividades estables, como tomar café o pasear con otros usuarios.

• CASO 2: # 17

Fecha de evaluación: 2007

Fecha de ingreso en CRPS: 1/03/06

Fecha de alta: 24/04/07

PRESENTACION DEL CASO

- El caso #17 pertenece a la submuestra de usuarios **psicóticos**. El usuario presenta un perfil cognitivo bajo dentro de la muestra clínica evaluada, debido en su momento actual al historial clínico de enfermedad de larga evolución, al tratamiento farmacológico pautado por su psiquiatra y a la interferencia de sintomatología productiva, aspectos que se describen a continuación.
- En la batería de pruebas sólo realiza el cuestionario de Preferencia Manual de forma supervisada y el EPQ-R en el que emplea dos sesiones, en la primera de sesenta minutos, realiza los 32 primeros ítems tras frecuentes interrupciones y pérdida de atención, debido a sintomatología de trastorno de pensamiento presente durante la prueba. En la segunda sesión se le presenta verbalmente el resto de ítems para facilitar la comprensión de la pregunta y poder optar por la respuesta sí o no.
- Se decide no pasar más pruebas debido a la dificultad que presenta para mantener atención en la tarea y el esfuerzo que supone para el usuario.

DATOS PERSONALES

- Es un varón de 49 años, segundo de cuatro hermanos. Soltero, convive en el domicilio familiar en León con su madre de 80 años y hermana de 45, quien se ocupa del cuidado de ambos. Sus otros dos hermanos, de 50 y 42 años son también solteros y viven independizados en domicilio propio. Todos sus hermanos han cursado estudios universitarios.

- Inicia estudios de Ciencias Exactas en Valladolid pero abandona el primer año por el debut de la enfermedad.
- Cobra una Pensión no contributiva (PNC) desde 2004.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Es el tercero de cuatro hermanos sin presencia de patología; sus padres sufren trastornos que requieren tratamiento farmacológico: su padre sufrió un trastorno ansioso-depresivo y su madre presenta depresión. No hay otros problemas médicos.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia paranoide episódica con síntomas residuales interepisódica **F 20.02** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

Su tratamiento actual (no se adjuntan las tomas en su informe) consiste en:

- antipsicótico atípico: 500 mg/día de clozapina (*Leponex*[®]).
- antipsicótico típico: 100 mg/día de levomepromacina (*Sinogan*[®]).
- antidepresivo: 20 mg/día de escitalopram (*Cipralext*[®]).
- ansiolítico benzodiazepínico: 60 mg/día de cloracepato (*Tranxilium*[®]).
- hipnótico benzodiazepínico: 2 mg/día de lormetazepam (*Noctamid*[®]).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Su familia ha residido por motivos de trabajo del padre en una localidad de Castilla y León, donde pasa infancia y adolescencia.
- En su historial aparecen los primeros síntomas hacia el final de la adolescencia con síntomas de extrañeza, coincidiendo con la muerte del padre.
- Tras un brillante bachillerato, con el inicio de estudios universitarios de Ciencias Exactas debuta más claramente la enfermedad en forma de ideas megalomaniacas, conductas agresivas, fugas y vagabundeo ocasional.
- Ha tenido distintos tratamientos psicofarmacológicos e ingresos psiquiátricos: año y medio en una clínica de Madrid y desde 1993 a 2002, 4 años y medio en unidad de larga estancia junto a tratamiento ambulatorio en Valladolid.
- En general, ha experimentado en su vida y desde la adolescencia, interferencias de la enfermedad de forma variable: desde 1991 hasta la actualidad, ha presentado fluctuaciones y una evolución por brotes (alteraciones de contenido del pensamiento por imposiciones que ocupan parte de un discurso que es disgregado) con periodos de remisión, en los que predomina clínica defectual con pasividad, aislamiento social, embotamiento afectivo, abulia y escasa iniciativa para realizar actividades.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Actualmente presenta fundamentalmente, unida a la sintomatología defectual que se mantiene atenuada, la de trastorno del contenido del pensamiento, mediante imposiciones del mismo.
- La inserción de pensamiento se presenta mediante ideas delirantes de poder (recibir mensajes telepáticos referidos a consejos para su curación), así como de tipo autoreferencial (encuentra mensajes referidos a él en gestos de la gente), megalomaniaco (ocasionalmente cree ser un genio) y religioso (Dios le aconseja

también sobre su enfermedad). No presenta sintomatología perceptiva auditiva o visual.

- Todo ello hace que su capacidad atencional disminuya a la hora de mantenerse sobre una tarea concreta, como realizar de forma continuada un cuestionario o mantener de forma sostenida una conversación.
- La inserción de pensamientos y mensajes durante la tarea hacen que sufra interrupciones y su discurso haga referencia a los mismos, siendo por momentos inconexo y tangencial, presente latencia en la respuesta hasta unos diez segundos e incluso a veces, es necesario repetir la pregunta al no estar atento.
- Durante la presentación de preguntas del EPQ-R de forma verbal, pese a que el sujeto entiende el significado de cada una, el evaluador debe deducir la opción de sí o no, ya que tiende a personalizar la respuesta a sus circunstancias. Por ejemplo en el ítem 64 *"¿Se siente intranquilo por su salud?"*, contesta *"A veces, pero Dios me ayuda a curarme"*. En otras debe repetirse la pregunta dos veces ya que no ha escuchado al estar abstraído.

- **CASO 3: #25**

Fecha de evaluación: 2006

Fecha de ingreso en CRPS: 23/10/06

Fecha de alta: 23/11/07

PRESENTACION DEL CASO

El caso que sigue es el de una mujer con inicio de la enfermedad a los 17 años bajo un cuadro depresivo, que requiere su primer ingreso en un recurso psiquiátrico. Abandona posteriormente su trabajo y de forma progresiva se va aislando en casa, hasta un segundo ingreso diecinueve años después, ya bajo el diagnóstico de esquizofrenia.

Resulta significativo este caso, por la evolución del diagnóstico desde un espectro de los trastornos afectivos hasta lo psicótico, situándose dentro de la sintomatología defectual, con presencia esporádica de síntomas delirantes, que llega incluso a controlar y criticar, por lo que predomina el subtipo residual.

DATOS PERSONALES

- Mujer soltera de 38 años, vive con sus padres de 80 (padre) y 70 (madre) años.
- Es la menor de dos hermanas.
- Tiene el título de Auxiliar de Clínica y posteriormente el de Técnico de Radiodiagnóstico.
- Ha trabajado a temporadas (los veranos) durante tres años. No se ha reincorporado al trabajo desde hace 15 años.
- No cobra ningún tipo de pensión ya que no ha solicitado el reconocimiento de minusvalía.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin interés.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia paranoide episódica con síntomas residuales interepisódicos y con síntomas negativos acusados, **F20.02** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO (Junio de 2006)

- antipsicótico: 100 mg/día de amisulpiride (*Solian*[®] 100 mg: 1 -0 -0).
- antipsicótico atípico: 300 mg/día de quietiapina (*Seroquel*[®] 300 mg: 0-0-1).
- antipsicótico atípico: 30 mg/día de aripiprazol (*Abilify*[®] 15 mg: 1/2-1/2-1).
- hipnótico benzodiacepínico: 2 mg/día de lormetazepam (*Noctamid*[®] 2 mg: 1 comprimido al acostarse).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Inicio de la enfermedad en Mayo de 1987 por un episodio depresivo que requiere un primer ingreso. A raíz de un problema de efectos secundarios del tratamiento antidepresivo abandonó su vida laboral e inició un progresivo aislamiento social hasta que llega a estar prácticamente encerrada en casa, sin ningún contacto más que su familia.
- Tampoco realiza un tratamiento o seguimiento psiquiátrico adecuados. La paciente deja de colaborar cada vez más en las tareas domésticas, no muestra ningún interés ni afición, deja de relacionarse con otras personas y abandona su aspecto y aseo personal.

- El segundo ingreso se produce en el año 2006 en el que ingresa voluntariamente en la Unidad de Agudos, tras lo cual es derivada a la Unidad de Convalecencia Psiquiátrica de León, donde ingresa de junio a septiembre de ese mismo año y posteriormente, al Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- Reconoce al ingreso que tenía vivencias extrañas, telepatía, “manías” persecutorias... En los últimos meses empezó a vivir estas experiencias con especial angustia.
- Dichos síntomas se acentuaron empezando a sentir ideas muy vívidas de control y de tipo autorreferencial (telepatía, referencias por parte de la televisión...) junto con trastornos sensorceptivos en forma de ruidos emitidos por los vecinos. Estos últimos revelan ideación delirante de perjuicio ya que les acusa de hacer ruidos para desestabilizarla.
- Esta situación le provocaba gran angustia llegando a expresar ideas de suicidio por lo que solicitó ayuda ingresando en la Unidad de Agudos. Ante la lenta mejoría, la escasa conciencia de enfermedad y el gran deterioro psicosocial se decide su remisión a la Unidad de Conalecencia Psiquiátrica.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- En la actualidad la usuaria es tranquila y abordable, buena aceptación del ingreso en el Centro de Rehabilitación, pero con cierta extrañeza dada su escasa conciencia de enfermedad (es en este año cuando es diagnosticada de esquizofrenia).
- Muestra una adherencia al tratamiento débil, por lo que el tratamiento es supervisado por sus padres.

- Igualmente no hace ninguna crítica hacia la sintomatología psicótica experimentada antes del ingreso, tanto de sus vivencias autoreferenciales con respecto a la televisión como de perjuicio respecto a sus vecinos.
- Destaca no obstante la pobreza a nivel cognitivo y afectivo, la absoluta falta de iniciativa, así como la pobreza a nivel afectivo y de contacto, con un marcado predominio de síntomas negativos (abulia, abandono personal...).
- Este patrón deficitario es en parte atribuible por un lado, a la evolución de la propia enfermedad hacia la inactividad y el aislamiento social de la paciente y por otro, al ambiente familiar actual, sobreprotector y poco estimulante.
- Durante este año se probó a reducir algo la dosis de medicación por si ésta pudiera tener relación con su empobrecimiento a nivel cognitivo y su falta de iniciativa, pero ésto supuso la reaparición de los síntomas productivos y un mayor bloqueo.

• CASO 4: CRLE#4

Fecha de evaluación: 2005

Fecha de ingreso en CRPS: 9/09/05

Fecha de alta: 29/09/06

PRESENTACION DEL CASO

El siguiente caso muestra una evolución en su historial desde una personalidad premórbida con rasgos de introversión y ciertos rituales obsesivo-compulsivos en la infancia, hacia lo esquizoafectivo con presencia de ciertos componentes psicóticos.

Llama la atención la variabilidad de diagnósticos que recibe en cada uno de los sucesivos ingresos, de forma que evoluciona por el amplio espectro de los trastornos de ansiedad (debuta como trastorno dismórfico corporal F45.2), llegando a sufrir crisis de angustia, y pasa por los del estado de ánimo (muestra formas bipolares) o incluso los trastornos de personalidad, hasta llegar a lo psicótico, con el diagnóstico más reciente de Trastorno Esquizoafectivo.

Supone un caso en el que los propios facultativos no muestran consenso en alguna de las sesiones clínicas mantenidas sobre la naturaleza del trastorno, dada su irregular evolución (el usuario ya había ingresado en nuestro centro de abril de 2003 a septiembre de 2004) y pobre control de la sintomatología con los sucesivos tratamientos farmacológicos.

Incluso se plantea la posibilidad de simulación de síntomas psicóticos por parte del usuario, con los que buscaría algún tipo de beneficio secundario (demanda de atención, reducción de exigencias...).

DATOS PERSONALES

- Varón de 24 años, soltero, ebanista-carpintero de profesión.
- Vive con sus padres y dos hermanos menores que él; una hermana de 20 años y un hermano de 13 años.
- Es cuidado desde pequeño por sus abuelos ya que sus padres trabajaban.
- Abandona los estudios en tercero de BUP.
- Hace varios cursos de formación en carpintería, ebanistería, montaje de muebles.
- Su vida laboral transcurre en estos oficios.

ANTECEDENTES FAMILIARES

No hay datos de interés en los antecedentes de su familia.

DIAGNÓSTICO

- Trastorno Esquizoafectivo de tipo Mixto **F25.0** (según la C.I.E. 10).
- Rasgos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo **F60.5** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antipsicótico atípico: 6 mg/día de risperidona (*Risperdal*[®] 6 mg: 0-0-1).
- ansiolítico benzodiazepínico: 5 mg/día de loracepam (*Idalprem*[®] 5 mg: 0-1/2-1/2).
- hipnótico benzodiazepínico: 1 mg/día de lormetacepam (*Loramet*[®] 1 mg: 1 si no duerme).
- estabilizador del ánimo: 1,5 g de ácido valproico (*Depakine*[®] 500 mg: 1-1-1).
- antidepresivo ISRS: 40 mg/día de paroxetina (*Seroxat*[®] 20 mg: 1-1-0).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Carácter introvertido durante la infancia y la adolescencia, preocupado por su aspecto físico y las enfermedades, con rasgos obsesivo-compulsivos en forma de rituales (colocación de cierta manera determinada objetos de la cocina o de su habitación con el fin de proteger a sus abuelos de la muerte), rumiaciones y pensamientos reiterados.
- En el ámbito escolar muestra rechazo por el estudio, le cuesta mantener el ritmo de la clase y su rendimiento es bajo. Además le cuesta relacionarse con sus compañeros que se mofan de él por su forma de vestir, suelen interceder entonces sus abuelos para resolver conflictos.
- Cuando tiene 20 años muere su abuelo, entonces padece un síndrome depresivo que remite con tratamiento antidepresivo.
- A los pocos meses se produce el primer ingreso por intento autolítico; unas semanas antes, sentía tener una deformidad y le diagnosticaron en 2002 de Dismorfofobia no delirante y Trastorno Depresivo Reactivo.
- Se producen seis ingresos posteriores con diferentes interpretaciones diagnósticas: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno Adaptativo, Personalidad Anancástica, Trastorno de Ansiedad y Consumo Perjudicial de Alcohol.
- El último ingreso se produce en 2004 tras una reacción psicótica aguda en la que muestra alteraciones de la sensopercepción (dice escuchar voces que le critican y le insultan, le ordenan suicidarse), formas delirantes de referencialidad (capta mensajes por televisión dirigidos a él) y perjuicio (ve a los demás amenazantes y siente hostilidad del medio) así como trastornos del pensamiento (habla de sufrir continuos bloqueos y quedarse en blanco).

- Muestra además problemas de insomnio y de sobreingesta de alimentos, sobre todo por la noche, acompañado de muestras de gran ansiedad, pierde el conocimiento en la calle fruto de las somatizaciones que ésta le produce.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Asténico, apático, abúlico, con desinterés por lo que le rodea, triste y deprimido, con la presencia de voces en su cabeza que anteriormente le han conducido a la autolisis.
- Consciente, orientado, colaborador y abordable. Ánimo subdepresivo, apático, anhedónico, hipocondriaco y psicasténico, quejas constantes de cansancio y desgana.
- A veces se muestra entusiasmado e hiperactivo con ansias de iniciar grandes proyectos, desinhibido y animado; son episodios de breve duración que suelen dejar paso a la tristeza, el desencanto y el ánimo depresivo.
- Muestra rasgos en su personalidad con tendencias agresivas muy marcadas aunque suavizadas o anuladas por las somatizaciones.

• CASO 5: #22

Fecha de evaluación: 2006

Fecha de ingreso en CRPS: 18/09/2006

Fecha de alta: 28/09/07

PRESENTACION DEL CASO

El caso que se presenta a continuación es el de un paciente que muestra de entrada varias limitaciones en el rendimiento cognitivo, lógicas en esta muestra clínica. Por un lado, las asociadas a los efectos de seguir un tratamiento neuroléptico, por otro la falta de estimulación social, debido a un proceso progresivo de aislamiento y por otro la afectación de la propia sintomatología psicótica (ansiedad social, trastornos de pensamiento ...).

Pese a ello, el paciente se mantiene con un grado más que adecuado de autonomía personal, mantiene una vida familiar en la que debe asumir responsabilidades y tomar decisiones, y por propia iniciativa se muestra intelectualmente activo en actividades como lectura, práctica de ajedrez, realiza cursos de informática en su PC y dedica un tiempo diario, desde hace años, para realizar meditaciones de tipo espiritual.

Es por tanto, un sujeto con una inquietud por mantenerse mentalmente activo y contrarrestar las limitaciones que su enfermedad le ha impuesto. Su discurso es reflexivo y bien estructurado, aunque rígido en sus argumentos.

DATOS PERSONALES

- Varón de 39 años. Es el mayor de dos hermanos, su hermana tiene 28 años. Sus padres viven cerca de su domicilio y tienen 71 y 68 años.
- Casado, vive con su mujer de 34 e hija de 6 años en su propio domicilio.

- Jubilado desde hace cuatro años, en el que recibe una pensión contributiva tras declararle una incapacidad permanente absoluta. Buen nivel socioeconómico. Ha trabajado como administrativo hasta su jubilación.
- Estudios de BUP completo y FP1 de Administrativo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Una hermana de su padre ha sufrido depresiones.
- Dos primos han sido ingresados en un recurso psiquiátrico, de los cuales, una prima, sigue ingresada desde hace bastantes años aunque desconoce diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia paranoide **F20.0** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antipsicótico atípico: 900 mg/día de quietiapina (*Seroquel*[®] 300 mg: 1-1-1).
- ansiolítico benzodiazepínico: 5 mg/día de loracepam (*Idalprem*[®] 5 mg: 1/4-1/4-1/2).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Trabajado al inicio de su trayectoria laboral tres años como administrativo en Madrid y decía que aparte de la dificultad de adaptación a esta ciudad, le constaba relacionarse.

- Presenta historial de esquizofrenia paranoide desde el año 2002, diagnosticada tras sufrir un periodo de estrés agudo asociado a un curso de formación para promocionarse en su empresa. Comienza a referir problemas de relación con sus compañeros, dice que hablan a sus espaldas, le insultan ...
- Comienza a pedir bajas por ansiedad y depresión y tras agotar los plazos por baja laboral, es jubilado a continuación, tras referir ideación delirante de persecución y autoreferencial.
- Desde la adolescencia inicia interés en temas de esoterismo y ocultismo, tras sufrir según él, una crisis "existencial" que supera mediante una "revelación" de algo superior. Este interés se mantiene hasta la actualidad, llegando a inscribirse en cursos a distancia, que no llega a concluir. Ha leído y meditado mucho sobre estos temas y lo verbaliza en un discurso reflexivo y muy estructurado. Habla con gran seguridad en sí mismo y en sus convicciones personales sobre estos temas.
- Comenta que siempre ha sido reservado y apenas tuvo amigos en su juventud. Se muestra frío y distante hasta en su medio familiar.
- La evolución de la sintomatología ha ido de los delirios psicóticos a un encapsulamiento de los mismos y no interfiere de forma directa en su vida actual, salvo en alucinaciones auditivas aisladas. La clínica predominante actual es de tipo deficitario, con un estado de apatía y falta de interés por realizar actividad alguna, aparte del aislamiento social en el que se ha visto abocado.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Presenta al ingreso sintomatología deficitaria, aislamiento y apatía, aplanamiento y embotamiento afectivo, no ayuda en tareas domésticas y de cuidado de su hija pese a estar jubilado. Presenta además clínica psicótica productiva en forma de ideación delirante asociada a temas esotéricos y de forma esporádica alucinaciones auditivas casi continuas.

- Conciencia parcial de enfermedad y pese a la toma correcta del tratamiento, critica los efectos secundarios de los antipsicóticos y sugiere la retirada parcial de los mismos.
- Mantiene a diario actividad de meditación sobre temas esotéricos, con contenido de ideación mágica e incluso mesiánico. También presenta de forma esporádica contenidos delirantes de referencialidad en su entorno.
- Conservado cognitivamente (mantiene la atención aunque dice que le cuesta cierto esfuerzo) y autónomo en los aspectos básicos, en los que no requiere supervisión. Se encarga de realizar gestiones si es necesario aunque tiende a dejarlas en manos de su mujer, si por su complejidad suponen una fuente de estrés.
- Los contactos sociales fuera de su familia se reducen a un grupo de usuarios que ha conocido en recursos de salud mental anteriores y con los que sale el fin de semana; distante y frío en el trato interpersonal, le gusta dominar la conversación y tener en todo momento el control de la situación.
- Vive con su mujer e hija y participa de forma pasiva en la dinámica familiar. Relación distante hacia sus padres, rehuye las reuniones familiares ya que dice que le producen fatiga por el exceso de sobreestimulación.
- No muestra síntomas estables de ansiedad salvo una crisis aislada que sufre durante las vacaciones estivales.
- Tiene un patrón de sueño regular aunque tiende al sedentarismo y no busca realizar otras actividades de ocio que le supongan esfuerzo, con las que se planifica las tardes y fines de semana y que están centradas únicamente en satisfacer su deseo de meditar y estar tranquilo.

- Personalidad introvertida, evitativo y distante ante situaciones que requieran contacto social, dominante y pobreza afectiva en su entorno. Rigidez en su pensamiento, encapsulado en temas de los que no se presta a debate, pese a no contar con evidencias de su veracidad.
- La sintomatología defectual actual se muestra en un embotamiento afectivo que el propio usuario identifica como frustrante: no disfruta del contacto familiar salvo en contadas ocasiones y se siente al margen. Busca el aislamiento y dedica el tiempo a sí mismo y a reflexionar sobre aspectos de su vida, sobre un camino de crecimiento personal.
- La conciencia de enfermedad no es estable y desvela cierta crítica al tratamiento, ya que dice que puede ser adictiva y tener efectos secundarios que afecten al organismo de forma negativa, información que ha extraído por su cuenta leyendo artículos especializados o a través de Internet.
- Estabilizado, salvo el referido interés esotérico (reconoce que en el pasado ha sido el inicio de descompensaciones) y alucinaciones auditivas difusas (murmullos) sin un contenido claro.

- **CASO 6: #A7**

Fecha de evaluación: 2005

Fecha de ingreso en CRPS: 7/06/2005

Fecha de alta: 7/06/2006

PRESENTACION DEL CASO

El siguiente caso es el de una mujer en el que se dan una serie de circunstancias a lo largo de su trayectoria vital, que nos muestran cómo la aparición de una enfermedad de tipo psicótico con sintomatología delirante, puede desorganizar un medio familiar y llevar a la paciente a un deterioro personal acusado.

A nivel cognitivo su competencia es de un perfil bajo y a las limitaciones que le provoca la presencia continua y encapsulada de un delirio de tipo erotomaniaco, se le suman una serie de factores socioeconómicos y familiares adversos, que contribuyen en su conjunto a una grave y deteriorante desorganización personal en cuanto a aspectos básicos como autocuidado, realización de tareas domésticas de forma autónoma y administración de dinero.

DATOS PERSONALES

- Usaria de 54 años. Separada desde hace unos 15 años, tiene cuatro hijos.
- Desde hace alrededor de dos años convive con su hija de 35 y la hija de ésta, de 13 años.
- Uno de sus hermanos (es la mayor de cuatro) y dos de sus cuñadas se ocupan de ayudarle a administrar su pensión y asegurar el cumplimiento del tratamiento.

- La usuaria cobra una pensión no contributiva, más una pequeña pensión que le pasa su exmarido y alguna ayuda esporádica de alguno de sus hijos. Tiene reconocida una minusvalía del 66 %. Cuenta con la ayuda de una Educadora Social del Ayuntamiento que se centra en organizar la limpieza de la casa, aseo personal y organización de comidas, dando pautas concretas y organizando las tareas en casa.
- Estudió hasta los 14 años en su pueblo natal, mala estudiante, comenta que el resto de compañeros de clase le maltrataban y se burlaban de ella.
- Se casa con 17 años y viene a vivir a León con su marido, donde tiene a sus cuatro hijos.
- Según la usuaria, su exmarido le maltrata y la relación nunca fue buena. Tras la separación su estilo de vida se desorganiza, sale con otros hombres, comienza a descuidar las responsabilidades familiares, domésticas y de autocuidado, deteriorándose la relación con sus hijos.
- Ha trabajado en el sector de limpieza pero siempre sin contrato.

ANTECEDENTES FAMILIARES

No hay datos de interés en los antecedentes de su familia.

DIAGNÓSTICO

- Esquizofrenia Paranoide **F 20.0** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antipsicótico atípico: 37.5 mg/cada 14 días de risperidona (*Risperdal*[®] consta 37.5 mg).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- En tratamiento en su Equipo de Salud Mental desde 1994, nunca precisó de ingreso hospitalario antes de su ingreso en la Unidad de Rehabilitación en 2002.
- Según la información facilitada por su familia comenzó a estar mal hacia los 16 años, en forma de desgana, apatía, desinterés por todo, aislamiento. Siempre ha vivido de forma muy precaria, con tendencia a la marginalidad. Su casa presentaba unas condiciones muy deficientes de habitabilidad.
- La paciente ha tenido dos periodos de ingreso en la Unidad de Rehabilitación: el primero en 2002, pasando desde entonces a régimen de Hospital de Día, y un segundo periodo de ingreso a tiempo total en 2004. Desde entonces hasta la derivación al Centro de Rehabilitación Psicosocial, ha mantenido contacto con la Unidad de Rehabilitación en régimen de Hospital de Día.
- En estos dos periodos ha precisado ingresar a tiempo total siempre para mejorar su desorden en cuanto a su higiene personal, a su vivienda y para ajustar el tratamiento mas adecuado. El acudir a diario al Hospital de Día permite a la paciente la organización de su conducta y el mantenimiento y la mejora de sus habilidades básicas.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Paciente con un diagnostico previo de Esquizofrenia Indiferenciada que presenta en la actualidad como manifestación clínica fundamental un delirio erotomaniaco, bien estructurado (convicción delirante de que alguien próximo la quiere, le muestra indicios de su amor, se van a casar y a tener hijos, etc ...).
- De forma asociada presenta periodos de dejadez y abandono personal, tendencia a la marginalidad, con algún periodo de promiscuidad en el pasado, y en ocasiones, despilfarro de sus limitados recursos económicos.

- Se da un importante déficit en la capacidad para organizar su vida, tiende al abandono, se deja llevar por sus convicciones delirantes, presenta periodos de desánimo y tristeza cuando no se satisfacen sus presagios y en otras ocasiones se dan fases de exaltación del ánimo, ante la muestra de indicios que refuerzan sus evidencias delirantes.
- Excesiva apertura a hablar de sus vivencias y emociones, tendencia excesiva a la autovaloración y a la apreciación. Procesos de pensamiento a un nivel intelectual bajo, las experiencias las describe de forma concreta. Se autoengaña y construye razones con que justificar sus conductas para colocarse a sí misma en el mejor lugar posible. Evita el pensamiento introspectivo, excesivamente atenta a acontecimientos externos, superficiales y efímeros. Tiende al juicio no meditado. Exhibición de emociones superficiales, fácilmente se enfada o aburre, tiende a entusiasmarse con facilidad. Gregaria, disfruta de la imagen y de atraer. Afectivamente superficial. Desconfiada, quejumbrosa, con ideas de autorreferencia. Actitudes arraigadas de percepciones inquebrantables. Con cogniciones insustituibles y de creencias irrevocables.

• CASO 7: NO#8

Fecha de evaluación: 2006

Fecha de ingreso en CRPS: 1/09/2006

Fecha de alta: 9/05/07

PRESENTACION DEL CASO

A continuación, vemos un caso característico de los trastornos de personalidad, en los que es frecuente ver cómo mantienen la mayoría de sus capacidades y recursos conservados, salvo en aquellos rasgos de personalidad en los que precisamente se muestran rígidos e inflexibles en lo disfuncional y por los que clínicamente se considera un trastorno.

Se unen rasgos de tipo límite con el abuso de benzodicepinas y una desorganización conductual en la que entran gastos excesivos y descontrolados, sentimiento crónico de vacío, baja autoestima ...

DATOS PERSONALES

- Paciente de 50 años. Es la quinta de seis hermanos. Separada desde hace nueve años, es madre de dos hijos (de 21 y 27 años) que han vivido desde entonces con su exmarido.
- Enfermera de profesión, actualmente en situación de incapacidad laboral transitoria. Percibe una pensión contributiva con el 55% del sueldo. Tiene reconocida una minusvalía del 70 %.
- Nace en un pueblo de León. A los 9 años su familia se traslada a una localidad próxima a León donde continúa estudios y a los 12 va a Madrid donde estudia en un colegio de religiosas. Vuelve a León donde acaba el instituto y sus estudios de enfermería.

- Se casa a los 21 casi a la vez que empieza su trabajo como enfermera, a la vez que vive por motivos laborales, en distintas localidades españolas.
- Debido a problemas con su marido (de relación, económicos...) empieza a sufrir síntomas de ansiedad, por lo comienza su adicción a las benzodiazepinas.
- Esta adicción le lleva a perder su empleo en 1998 debido a conductas de robo, sustracción de medicación... algo que precipita la separación con su marido, quien se queda con la custodia de sus hijos.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin interés.

DIAGNÓSTICO

- Trastorno de la personalidad sin especificación (rasgos límite, dependientes y pasivo agresivos) **F60.9** (según la C.I.E. 10).
- Abuso de Benzodiazepinas **F13.1** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antipsicótico atípico: 200 mg/día de quetiapina (*Seroquel*[®] 100 mg: 1-0-1).
- antipsicótico típico: 100 mg/día de levomepromacina (*Sinogan*[®] 25 mg: 1-1-2).
- estabilizador del ánimo: 200 mg/día de topiramato (*Topamax*[®] 100 mg: 1-0 -1).
- estabilizador del ánimo: 2,4 g/día de gabapentina (*Neurontin*[®] 800 mg: 1-1 -1).
- antidepresivo heterocíclico: 100 mg/día de trazodona (*Deprax*[®] 100 mg: 0-0-1).
- ansiolítico (azapirona): 20 mg/día de buspirona (*Buspar*[®] 10 mg: 1-0-1).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Su proceso empieza tras un cuadro ansioso-depresivo que comienza con adicción a las Benzodiazepinas. Todo ello propicia un deterioro de su vida laboral y familiar llegando a la pérdida de su trabajo por conductas desadaptadas con el fin de conseguir pastillas y la separación matrimonial, quedándose su marido con la custodia de sus hijos.
- Ha tenido dos ingresos en Palencia (2000) y otro en la Unidad de Agudos de León. Varios intentos de deshabitación en distintos Centros (Proyecto Hombre, Centro RETO, Espiral...).
- Escaso resultado debido a la falta de conciencia de su drogadicción y por tanto, nulo deseo de abandono, por lo que una y otra vez recae, reapareciendo el gasto de dinero, robos y trampas... Todo esto (centros de deshabitación, residencias, recaídas) ocasiona un gran quebranto económico y hace que la convivencia con ella sea especialmente difícil (irritabilidad, hurta dinero, fugas...).
- Malgasta dinero en cosas innecesarias y recientemente recibe una desorbitada factura de teléfono por llamadas a números de videntes.
- Último ingreso en 2006 por presentar una gran desorganización conductual, desavenencias con su familia y abandono de la residencia donde vivía, generándose una situación socio-familiar complicada y de difícil solución, motivo por el cual es ingresada en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de León (Agudos) y luego en la Unidad de Convalecencia Psiquiátrica (UCP).
- Últimamente vivía, en una residencia de la provincia de León. En el momento del ingreso vive sola en la casa que tiene su familia en el pueblo. Su madre, de 84 años vive con una hermana (tía de la usuaria), ya que sufre de depresión desde hace dos años por la muerte de su esposo y la convivencia con la usuaria se hacía insostenible.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- En los meses previos al ingreso a en la Unidad de Psiquiatría, la situación se agrava por el gasto incontrolado de dinero, consumo en aumento de gran cantidad de Benzodiacepinas, apareciendo un gran deterioro físico, económico y social.
- A su ingreso en el Centro de rehabilitación, la paciente se muestra orientada, abordable, refiriendo moderada ansiedad, por lo que solicitaba un cambio en su tratamiento farmacológico en el que se incluyesen Benzodiacepinas.
- Intentos manipulativos de minimizar su consumo negando en todo momento su adicción, justificándolo como algo necesario para ella.
- Distanciamiento y frialdad afectivos.
- No se objetiva productividad psicótica ni síntomas afectivos mayores.

- **CASO 8: NO#5**

Fecha de evaluación: 2006

Fecha de ingreso en CRPS: 13/10/2005

Fecha de alta: 17/11/2006

PRESENTACION DEL CASO

Este caso presenta desde la infancia rasgos de personalidad evitativos, dificultades para la interacción e integración social manifestadas ya en el contexto escolar.

Posteriormente estas dificultades se manifiestan con más claridad a la edad de 17 años, coincidiendo con el periodo posterior al cambio de residencia familiar, en el que muestra dificultades de adaptación a su nuevo entorno, llegando a desarrollar un grave trastorno de personalidad, que afectan tanto a su desarrollo personal, como a la convivencia familiar.

En el resto de aspectos es autónomo, cuidadoso de su aspecto, amable y educado en el trato y es capaz de realizar todas las gestiones burocráticas y manejar los recursos comunitarios sin ayuda.

DATOS PERSONALES

- Varón de 26 años, convive con padres de 58 y 56 años. Es el menor de dos hermanos. Su hermano tiene 29 años y trabaja en un matadero próximo.
- Nace en Suiza donde vive hasta los 17 años, cuando cambia de residencia junto a su familia a un pueblo de León, por la pérdida del empleo de sus padres.
- En este país realiza sus estudios de enseñanza obligatoria.
- A los 18 años acude a consulta privada de psicología en León y a los 23 recibe baja médica de su último trabajo.

- Trabaja tres semanas como camarero y otras tres en una sala de despiece, con pobre ajuste en ambos casos. Posteriormente trabaja de forma satisfactoria y con buen rendimiento durante un año en una empresa de ventas, pero lo deja tras una baja por depresión.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin interés.

DIAGNÓSTICO

Trastorno Mixto de la Personalidad **F 61.0** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antidepresivo ISRS: 40 mg/día de paroxetina (*Seroxat*[®] 20 mg: 1-1-0).
- ansiolítico benzodiazepínico: 40 mg/día de halacepam (*Alapryl*[®] 40 mg: 1/2-1/2-0).
- antipsicótico atípico: 4,5 mg/día de risperidona (*Risperdal*[®] 3mg: 1/2-0-1).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Durante infancia y adolescencia vive en Suiza, donde ya presenta dificultades de adaptación a su entorno, tanto de interacción con iguales como en el medio escolar.
- En el medio escolar, hacia los últimos años tenía conductas de fuga del colegio, ya que no quería estudiar, decía aburrirse y a veces sentirse agobiado con el profesor.

- Apenas tiene amigos durante la infancia y adolescencia, ni se relaciona con nadie más aparte de una amiga íntima, con la que hablaba a menudo.
- Tras el traslado a España, tras sucesivos fracasos laborales como de integración en recursos formativos, deja de realizar actividades productivas, sintiéndose culpable por ello, inferior a los demás y culpando finalmente a la vez a sus padres.
- Desde que llega al pueblo, se va aislando cada vez más en su medio familiar (padres y hermano) y no se relaciona con ningún otro familiar ni nadie más del pueblo. El clima familiar se deteriora progresivamente tras sucesivos enfrentamientos del usuario hacia sus padres y hermano, llegando en ocasiones a la agresión verbal y física.
- Presenta rituales de orden y limpieza en casa, cierra y comprueba las ventanas antes de ir a dormir, exigente hacia sus padres a la hora de pedir que le compren artículos de limpieza, electrónicos ...

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Personalidad premórbida evitativa, dependiente respecto al medio familiar y en general, de carácter introvertido.
- El usuario presenta diversas conductas problemáticas, entre otras dificultades y conflictos en el entorno familiar así como dificultades generalizadas de adaptación a los ambientes de referencia (social, familiar y laboral).
- Presenta también trastornos obsesivos (rituales de orden y limpieza) y conductuales de tipo manipulativo, que dificultan la normal convivencia familiar, agravada por una falta habitual de consistencia y firmeza de los padres, desbordados a la hora de establecer límites y normas.

- Respuestas de inestabilidad emocional, con cambios bruscos de estado de ánimo, irritación e irascibilidad manifiesta, respuestas intensas de estrés ante estímulos poco relevantes, así como miedo al fracaso e ideas sobrevaloradas de autorreferencia y de perjuicio.
- Recientemente a raíz de conflicto laboral y tras discusión fuerte con la familia ha realizado sobreingesta de medicación precisando con urgencia el ingreso hospitalario.
- Mantiene dificultades para relacionarse fuera de su familia. Realiza actividades de ocio normalizado, acompañando los fines de semana a su hermano a León, donde siempre juntos, de compras, al cine ...
- Ha presentado episodios de agresividad hacia el resto de familiares y ha trabajado en varios empleos con resultado final de abandono en todos ellos, por la falta de adaptación cuando se expone a condiciones estresantes.

• CASO 9: A21

Fecha de evaluación: 2007

Fecha de ingreso en CRPS: 9/03/2007

Fecha de alta: 30/11/2007

PRESENTACION DEL CASO

Estructura de personalidad con rasgos narcisistas, asociales, pasivo-agresivos y paranoides, pero predominan rasgos obsesivoides, hipocondriacos e histriónicos.

El usuario presenta una buena conservación de sus capacidades cognitivas y es autónomo para el manejo de recursos comunitarios, pero presenta un patrón de rasgos de personalidad de tal gravedad, que hace muy difícil su abordaje terapéutico y rehabilitador.

Para el propio usuario, dada la rigidez de sus planteamientos, las posibilidades de inserción social y laboral, de rehabilitación psicosocial, son muy reducidas: rechaza toda visión diferente a la suya y achaca la culpa de todo lo que le pasa a los demás, manteniendo y cronificando su discapacidad a lo largo del tiempo hasta su situación actual.

DATOS PERSONALES

- Varón de 39 años. Vive con sus padres en un pueblo de León, (padre, 62 años; madre, 57 años). Su única hermana, de 30 años, estudia y trabaja en Canarias). Nivel familiar cultural y socioeconómico medio-alto.
- Vivienda propiedad de los padres, tiene 15 años de antigüedad y se encuentra en buenas condiciones de habitabilidad.

- Nace en Barcelona y vivió en León hasta los 13 años. Posteriormente se trasladan a un pueblo de León, donde vive con sus padres desde entonces debido al destino laboral de su padre.
- Estudios en F.P. en la rama de electricidad. Posteriormente se matricula en C.O.U. a los 23 años pero no lo superó y más tarde en el Acceso a la Universidad para mayores de 25 años para estudiar Ciencias Biológicas, pero finalmente no se presenta.
- Trabajó en el año 1999 durante unas semanas en Canarias como auxiliar de electricista y luego como peón de almacén, pero deja ambos trabajos por agotamiento físico. Desde entonces vive con sus padres.
- No tiene ingresos propios. No tiene solicitado reconocimiento de minusvalía. Sus principales gastos son en gasolina y en el seguro del coche, que pagan sus padres. No suele pedirles dinero.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- En su familia tiene un tío materno diagnosticado de esquizofrenia.
- Su abuela materna era muy hipocondríaca.

DIAGNÓSTICO

Trastorno de la personalidad sin especificación **F 60.9** (según la C.I.E. 10).

TRATAMIENTO

- antidepresivo IRSN: 15 mg/día de venlafaxina (*Vandra*[®] 15 mg: 0-0-1).
- antidepresivo ISRS: 20 mg/día de fluoxetina (*Prozac*[®] 20 mg: 1-0-0).

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

- Es atendido en su Equipo de Salud Mental desde 2006. Anteriormente demandó en varias ocasiones pruebas de tipo endocrino al médico de cabecera, le derivó a la especialidad, los resultados nunca le convencieron. Actualmente la psiquiatra ha solicitado una prueba de estudio del sueño. Según él todo lo que le sucede tiene una base endocrina y como consecuencia sufre de hipersomnía.
- Dice que el tratamiento farmacológico que tiene pautado no le ayuda, considera que no tiene nada que ver con enfermedad física.
- Comenta que de pequeño tenía que dormir más horas de las habituales porque se sentía cansado física y mentalmente y esto le afectaba en sus estudios. También cuando tenía 14 años sufrió de una crisis asmática y aunque no ha sufrido más, tiene a su disposición un inhalador; a veces siente opresión en el pecho.
- Desde hace unos seis años su estilo de vida se ha caracterizado por el aislamiento social, la inactividad y la clinofilia (inclinación morbosa a permanecer encamado), justificado por la creencia de que padece de algún desajuste de tipo endocrino que no le han detectado, a pesar de las distintas analíticas y exploraciones que le han realizado.

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

- Usuario con buenas capacidades intelectuales y con unos rasgos de personalidad caracterizados por lo siguiente: Emocionalmente frío y rígido. Centrado en sí mismo, de autoconfianza arrogante. Considera que tiene todos los derechos. Mínima empatía. Construye razones plausibles con que justificar sus conductas autocentradas. Presenta coartadas para colocarse a sí mismo en el mejor lugar posible. Tiene un sentido elevado de su propio valor. Escéptico respecto a las motivaciones de los otros. Los demás son informales y desleales. Terco, de mentalidad cerrada, inflexible y obstinado en mantener sus ideas preconcebidas.

- Intolerante social y prejuicioso. Se resiste a cumplir las expectativas de los demás, mostrando conductas dilatorias, ineficaces, contrarias y molestas. Vacila entre el desafío y el negativismo agresivo.
- Crítico, escéptico, desconfiado. Los demás fácilmente le molestan o le frustran. Se defiende de forma anticipada contra la decepción y las críticas. Se resiste al control y a las influencias externas. Inmutable en sus sentimientos y rígido en sus pensamientos. De actitud quejumbrosa, malhumorada e irritante. Tiende a magnificar las dificultades sociales más nimias o tangenciales. Como consecuencia de todo lo descrito, no tiene amigos y apenas sale de casa.
- Dice que sus padres nunca se preocuparon de lo que les pasaba a él y a su hermana, nunca le han comprendido y siempre le han culpado de lo que le ocurre. Hace una crítica a sus padres, madre aprensiva y egocéntrica, padre perfeccionista y narcisista. Su hermana sufrió desde siempre de tricotilomanía.
- Respecto a sus ideas obsesivas, dice que piensa repetidas veces lo que hace para *pasarlo a la memoria*, ya que tiene problemas de memoria, (así por ejemplo, piensa varias veces que ha cerrado la puerta, pero no realiza la compulsión).
- Anteriormente al ingreso duerme unas 12 horas, coge el sueño a las tres de la mañana y se despierta a las 15:00, luego se pasa toda la tarde durmiendo, se levanta sobre las 8 para cenar y a continuación se va otra vez a dormir. Justifica su situación por patologías físicas inexistentes.
- Los rasgos de su personalidad indeseables los atribuye a los demás, así no ve su conducta desajustada, pero es hipercrítico ante las mismas conductas en los demás. Hipersensible a cualquier ambiente, maneja su angustia mediante ideación obsesivoide y rituales compulsivos.
- Asiste y participa en todas las actividades programadas del Centro de Rehabilitación. En ningún momento se observó que su hábito de permanecer acostado durante varias horas al día le afectara en el rendimiento en el centro.

ANEXOS

ANEXO 1 :

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la esquizofrenia (APA, 1994).

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes.
2. alucinaciones.
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

ANEXO 2 :

Subtipos de esquizofrenia según criterios del DSM-IV (APA, 1994).

CÓDIGO CIE-10	
F20.xx	Esquizofrenia
F20.0x	Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30)
F20.1x	Tipo desorganizado de esquizofrenia (295.10)
F20.2x	Tipo catatónico de esquizofrenia (295.20)
F20.3x	Tipo indiferenciado de esquizofrenia (295.90)
F20.5x	Tipo residual de esquizofrenia (295.60)

ANEXO 3 :

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (APA, 1994).

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
1. Cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (p.ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 3. Actividad interpersonal.
 4. Control de impulsos.
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. Es patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal).
-

ANEXO 4 :

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad (APA, 1994).

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)

- A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:
1. sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
 2. preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
 3. reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
 4. en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
 5. alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
 6. percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
 7. sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

ANEXO 5 :

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad (APA, 1994).

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

- A.** Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:
1. ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
 2. escoge casi siempre actividades solitarias.
 3. tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 4. disfruta con pocas o ninguna actividad.
 5. no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
 6. se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
 7. muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.
- B.** Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

ANEXO 6 :

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad (APA, 1994).

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- 1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
- 2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
- 3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
- 4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
- 5) suspicacia o ideación paranoide.
- 6) afectividad inapropiada o restringida.
- 7) comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares.
- 8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
- 9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

ANEXO 7 :

Versión de 3 factores del Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER). Caballo y Valenzuela (2001).

Responde por favor a las siguientes preguntas contestando con un aspa (X) en la hoja de respuestas que se adjunta el grado en que cada uno de los siguientes comportamientos, pensamientos o sentimientos son característicos o propios de tí, de acuerdo con la puntuación que se indica:

- 0 = *Nada* característico de mí
- 1 = *Muy poco* característico de mí
- 2 = *Poco* característico de mí
- 3 = *Moderadamente* característico de mí
- 4 = *Bastante* característico de mí
- 5 = *Muy* característico de mí
- 6 = *Totalmente* característico de mí

La información del cuestionario es *absolutamente confidencial* y sólo se utilizará con fines de investigación.

1. Suelo pensar con frecuencia que los demás se van a aprovechar de mí o me van a hacer daño.
2. Las relaciones interpersonales y familiares son una complicación y un estorbo.
3. Me pongo nervioso/a cuando la gente cuchichea, porque es muy probable que estén hablando de mí.
4. Me es muy difícil confiar en la gente, incluso en las personas más cercanas a mí.
5. Prefiero las actividades que puedo realizar yo solo/a.
6. Creo que tengo poderes especiales que los demás ni se imaginan.
7. Considero que siempre hay que tener mucho cuidado con lo que contamos a los otros porque muy probablemente lo usarán en contra nuestra.
8. No me interesan las relaciones sexuales.
9. Siento, veo u oigo cosas un poco extrañas que otros no sienten, ven u oyen.
10. Observo con mucha frecuencia que los demás suelen tener intenciones ocultas en todo lo que hacen.
11. Hay muy pocas actividades con las que disfruto realmente.
12. La gente me suele decir que me voy por las ramas cuando hablo.
13. Preferiría algunos cambios en mi vida.
14. Tardo mucho en perdonar a las personas que me han insultado o herido.
15. No hago ningún intento por crear y/o mantener relaciones de amistad con la gente que me rodea.
16. Cuando la gente hace algo siempre lleva una segunda intención.
17. Hay que estar siempre atento/a y preparado/a para defenderse de los ataques de los demás.
18. A veces tengo aspiraciones que son poco realistas.
19. Suelo expresar mis emociones en momentos poco adecuados.
20. Muy a menudo busco pruebas de que mi pareja o la persona con la que salgo me es infiel.
21. Me molesta cuando la gente habla mal de mí.
22. La forma como visto suele parecer bastante extraña a los demás.
23. Nunca olvido los insultos ni el ridículo que alguien me haya hecho pasar.
24. Cuando alguien me alaba nunca le presto atención.
25. No tengo amigos/as en quienes confiar, sólo dispongo de mi familia.
26. Algunas veces soy más sociable que otras.
27. Frecuentemente pienso que mis amigos/as o compañeros/as no son tan leales como me gustaría que fuesen.
28. No soy capaz de sentir emociones fuertes.
29. Suelo estar tenso/a y en guardia cuando estoy con gente, incluso aunque sea conocida.
30. Me gusta que las cosas me salgan bien.
31. Tengo mucho cuidado de no contar cosas mías porque otras personas se pueden aprovechar de mí.
32. Las situaciones que afectan a los demás, a mí me dejan indiferente.
33. Suelo tener pensamientos extraños de los que me gustaría librarme.
34. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo/a.

ANEXO 8 :

Versión de 5 factores del Cuestionario Exploratorio de la Personalidad (CEPER). Caballo y Valenzuela (2001).

Nombre Edad..... Sexo (varón)..... (mujer)..... Fecha

Instrucciones. Las 54 frases de este cuestionario expresan comportamientos, pensamientos o sentimientos. Se pregunta **en qué grado son característicos** o propios de tí. Se contesta poniendo el número correspondiente delante de cada frase, según la tabla que viene a continuación. La información es del todo confidencial y sólo sirve para fines de investigación. Gracias por tu colaboración.

0	1	2	3	4	5	6
Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	Totalmente

1. ____ Hago cualquier cosa para conseguir lo que quiero, aunque no cumpla la ley.
2. ____ Me siento profundamente afectado/a cuando pienso que una persona cercana a mí pudiera abandonarme o rechazarme.
3. ____ Cuando no soy el centro de atención me siento bastante molesto/a.
4. ____ Pienso que tengo más cualidades y capacidades que la mayoría de las personas.
5. ____ Mentir y engañar está bien mientras no te cojan.
6. ____ Cuando empiezo una relación, suelo entusiasmarme mucho al principio, pero me decepciono rápidamente.
7. ____ Muy frecuentemente me comporto con los demás de forma seductora.
8. ____ A menudo tengo fantasías en las que me veo como una persona de gran éxito o muy especial.
9. ____ Las promesas o los compromisos son para que los cumplan los demás, no yo.
10. ____ En la relación con los demás, yo sé que cuando conozcan cómo soy me abandonarán.
11. ____ Suelo manifestar cómo me siento muy rápidamente.
12. ____ Siento que sólo las personas especiales pueden comprenderme o apreciar mejor mis cualidades.
13. ____ Cuando deseo algo, intento conseguirlo inmediatamente sin pensar en las consecuencias.
14. ____ Tengo una gran confusión sobre quién soy y qué es lo que quiero en la vida.
15. ____ Preferiría algunos cambios en mi vida.
16. ____ Creo que soy una persona digna de admiración y los demás deberían reconocerlo.
17. ____ Me enfurezco muy frecuentemente, llegando a pelearme muchas veces.
18. ____ Cuando me siento mal suelo hacer cosas que no puedo controlar, de las que luego me arrepiento.
19. ____ Paso rápidamente de una emoción a la otra.
20. ____ Cuando voy a pedir algo, espero un trato especial.
21. ____ Suelo hacer las cosas sin pensar en los riesgos para mí o para los demás.
22. ____ Tengo o he tenido comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio o hacerme daño físico de algún modo).

23. ____ Suelo utilizar mi aspecto físico para llamar la atención.
24. ____ Gracias a mí, los demás han conseguido grandes cosas.
25. ____ A veces tengo aspiraciones que son poco realistas.
26. ____ Siempre que puedo intento no pagar el dinero que me han prestado.
27. ____ Ante determinadas situaciones siento emociones intensas y que cambian con facilidad (por ejemplo, depresión, ira, ansiedad).
28. ____ Cuando hablo, intento que los demás queden impresionados.
29. ____ Tengo la capacidad de convencer a los demás y conseguir lo que quiero.
30. ____ Si la gente no sabe cuidar de sí misma, es su problema y a mí no me importa.
31. ____ Habitualmente me siento vacío/a.
32. ____ La vida es un teatro y yo soy el/la protagonista.
33. ____ No necesito ponerme en el lugar de los demás para saber cómo se sienten.
34. ____ Si saco provecho de mi comportamiento, no dejaré de hacerlo aunque moleste a los demás.
35. ____ Algunas veces soy más sociable que otras.
36. ____ Frecuentemente me invaden intensos sentimientos de rabia e ira que no puedo controlar.
37. ____ Frecuentemente tomo en cuenta lo que me dicen.
38. ____ Es muy difícil que me afecten los sentimientos de los demás.
39. ____ Realmente soy más inteligente que los demás.
40. ____ En momentos muy tensos actúo como si no fuera yo, como si estuviera en un sueño, y luego no lo recuerdo bien.
41. ____ Considero que tengo muchos/as amigos/as íntimos/as.
42. ____ Tengo la sensación de que siempre que la gente me critica es porque me critica es porque me envidia.
43. ____ Mi satisfacción es lo primero.
44. ____ En momentos de tensión he llegado a pensar que los demás hablaban o se reían de mí, o que querían hacerme daño.
45. ____ Me gusta que las cosas me salgan bien.
46. ____ Cuando una reunión se está poniendo aburrida, me resulta fácil animarla.
47. ____ A la gente hay que imponerle a la fuerza el respeto por uno.
48. ____ Desde pequeño/a, a menudo he estado metido/a en peleas.
49. ____ Me pongo nervioso/a cuando la gente cuchichea, porque es muy probable que estén hablando de mí.
50. ____ Creo que tengo poderes especiales que los demás ni se imaginan.
51. ____ Siento, veo u oigo cosas un poco extrañas que otros/as no sienten, ven u oyen.
52. ____ Cuando la gente hace algo siempre lleva una segunda intención.
53. ____ No tengo amigos/as en quienes confiar, sólo dispongo de mi familia.
54. ____ Suelo tener pensamientos extraños, de los que me gustaría librarme.

ANEXO 9 :

Cuestionario Revisado de Personalidad: EPQ-R (Eysenck y Eysenck, 1997)

Apellidos y Nombre: ,
 Edad: Sexo (varón) (mujer)
 Centro: Localidad: Fecha: / /

Conteste a cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el **SÍ** o el **NO** que figura al final de cada una.
 No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa.
 Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

		SI	NO
1.	¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?		
2.	¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?		
3.	¿Es una persona conversadora?		
4.	¿Se siente a veces desdichado sin motivo?		
5.	¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?		
6.	¿Es usted una persona más bien animada o vital?		
7.	Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importarle las molestias que ello le pueda ocasionar?		
8.	¿Es usted una persona irritable?		
9.	¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?		
10.	¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?		
11.	¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?		
12.	¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?		
13.	A menudo, ¿se siente hart/a?		
14.	¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?		
15.	Para usted, ¿los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?		
16.	¿Le gusta salir a menudo?		
17.	¿Es mejor actuar como uno quiera que seguir las normas sociales?		
18.	¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?		
19.	¿Diría de sí mismo que es una persona nerviosa?		
20.	¿Es usted una persona sufridora?		
21.	¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?		
22.	¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?		
23.	¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?		
24.	¿Diría de sí mismo que es una persona tensa o muy nerviosa?		
25.	Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?		
26.	¿Cree que el matrimonio está anticuado y deberá abolirse?		
27.	¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?		
28.	¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos?		
29.	¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?		
30.	¿De niño, fue alguna vez descarado con sus padres?		
31.	¿Le gusta mezclarse con la gente?		
32.	¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?		
33.	¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?		
34.	¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?		
35.	¿A menudo siente que la vida es muy monótona?		

36.	¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
37.	¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?		
38.	¿Evadiría impuestos si estuviera seguro de que nunca sería descubierto?		
39.	¿Puede organizar y conducir una fiesta?		
40.	¿Generalmente, reflexiona antes de actuar?		
41.	¿Sufre de los “nervios”?		
42.	¿A menudo se siente solo?		
43.	¿Hace siempre lo que predica?		
44.	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?		
45.	¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?		
46.	¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?		
47.	¿La gente piensa que usted es una persona animada?		
48.	¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?		
49.	¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?		
50.	¿Daría dinero para fines caritativos?		
51.	¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño o a un animal?		
52.	¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?		
53.	¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?		
54.	¿Se siente fácilmente herido en sus sentimientos?		
55.	¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?		
56.	¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?		
57.	¿Prefiere leer a conocer gente?		
58.	¿Tiene muchos amigos?		
59.	¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?		
60.	¿Cuándo era niño, hacía enseguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?		
61.	¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?		
62.	¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?		
63.	¿Es usted más indulgente que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal?		
64.	¿Se siente intranquilo por su salud?		
65.	¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?		
66.	¿Le gusta cooperar con los demás?		
67.	¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?		
68.	¿Se lava siempre las manos antes de comer?		
69.	¿Casi siempre tiene una respuesta “a punto” cuando le hablan?		
70.	¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente?		
71.	¿Es (o era) su madre una buena mujer?		
72.	¿Le preocupa mucho su aspecto?		
73.	¿Alguna vez ha deseado morir?		
74.	¿Trata de no ser grosero con la gente?		
75.	¿Después de una experiencia embarazosa, se siente preocupado durante mucho tiempo?		
76.	¿Se siente fácilmente herido cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?		
77.	¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?		
78.	¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaído?		
79.	¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?		
80.	¿La gente le cuenta muchas mentiras?		
81.	¿Se afecta fácilmente por según qué cosas?		
82.	Cuando ha cometido una equivocación ¿está siempre dispuesto a admitirlo?		
83.	Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta controlarse?		

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

ANEXO 10 :

Cuestionario de Auto-conciencia (Rumiation Reflection Questionnaire, RRQ). Trapnell y Campbell (1999).

Nombre y apellidos Sexo (varón) (mujer) Edad
Centro Localidad Fecha

Instrucciones.

A continuación encontrarás dos partes, con 12 cuestiones cada una, sobre la conciencia. Se pide poner la puntuación de 1 a 5 con cuidado al principio de cada ítem o cuestión, según el grado en que tú estés de acuerdo o en desacuerdo con lo que las frases dicen.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Primera parte: Auto-conciencia 1.

1. ___ A menudo mi atención se centra en aspectos de mí mismo/a sobre los que desearía dejar de pensar.
2. ___ Me parece estar siempre reavivando en mi mente cosas recientes que hice o dije.
3. ___ A veces me resulta difícil apartar pensamientos sobre mí mismo.
4. ___ Mucho tiempo después de terminada una discusión o discrepancia, mis pensamientos siguen volviendo a lo ocurrido.
5. ___ Yo tiendo a “rumiar”, o preocuparme de cosas que me pasan, después de un tiempo verdaderamente largo.
6. ___ No pierdo tiempo en repensar cosas ya hechas y terminadas.
7. ___ A menudo vuelvo atrás en mi mente sobre cómo actué en una situación pasada.
8. ___ A menudo me encuentro a mí mismo/a reevaluando algo que he hecho.
9. ___ Nunca rumio o me preocupo de mí mismo/a por largo tiempo.
10. ___ Es fácil para mí alejar de mi mente pensamientos no deseados.
11. ___ A menudo reflexiono sobre episodios de mi vida que ya no deberían importarme.
12. ___ Gasto mucho tiempo pensando de nuevo sobre mis momentos embarazosos o decepcionantes.

Segunda parte: Auto-conciencia 2.

1. ____ El pensamiento filosófico o abstracto no me atrae demasiado.
2. ____ Yo realmente no soy un tipo de persona dada a la meditación.
3. ____ Me gusta explorar mi yo “interior”
4. ____ Mis actitudes y sentimientos sobre las cosas me fascinan, me encantan.
5. ____ A mí realmente no me interesa la actividad introspectiva del pensamiento autoreflexivo.
6. ____ Me encanta analizar porqué hago las cosas.
7. ____ La gente suele decir que soy un tipo de persona “profunda”, introspectiva.
8. ____ No me interesa mucho el autoanálisis.
9. ____ Por naturaleza soy muy auto-inquisitivo.
10. ____ Me encanta meditar sobre la naturaleza y significado de las cosas.
11. ____ A menudo me encanta mirar mi vida en términos filosóficos.
12. ____ Meditar sobre mí mismo/a, o estudiarme, no es una idea que me divierta.

AUTOCORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Suma de los puntos en los 12 ítems de la PRIMERA PARTE: _____

Suma de los puntos en los 12 ítems de la SEGUNDA PARTE: _____

ANEXO 11 :

Cuestionario de Fallos Cognitivos (CFQ). Broadbent, Cooper, Fitzgerald y Parkes (1982).

Nombre y apellidos Sexo (Varón) ___ (Mujer)___ Edad ___

Instrucciones. Se describe la frecuencia de las dificultades o fallos que encuentra usted en las cuestiones de memoria y atención que se proponen a continuación. Puntuando del 1 al 5, indique **con qué frecuencia** le ha ocurrido **en los últimos seis meses**.

0 Nunca	1 Muy pocas veces	2 Algunas veces	3 Con frecuencia	4 Muchas veces
------------	----------------------	--------------------	---------------------	-------------------

1. ___ ¿Lee usted algo y encuentra que no ha pensado en ello y tiene que leerlo de nuevo?
2. ___ ¿Encuentra usted que olvida por qué fue de una parte a otra de la casa?
3. ___ ¿Falla usted en advertir o darse cuenta de indicaciones en el camino?
4. ___ ¿Encuentra usted que confunde la derecha y la izquierda cuando tiene que orientarse o dar direcciones?
5. ___ ¿Tropieza usted con otras personas?
6. ___ ¿Encuentra usted que olvida si ha apagado una luz o un fuego o cerrado la puerta?
7. ___ ¿Falla usted en prestar atención a los nombres de otras personas cuando queda con ellas?
8. ___ ¿Dice usted algo y se da cuenta más tarde que podría tomarse como un insulto?
9. ___ ¿Falla usted en oír que le habla la gente cuando está usted haciendo otra cosa?
10. ___ ¿Pierde la paciencia y lo lamenta?
11. ___ ¿Deja usted importantes cartas sin contestar durante días?
12. ___ ¿Encuentra usted que se olvida de qué modo volver en un camino que conoce bien pero que raramente usa?
13. ___ ¿Falla usted en ver lo que desea en un supermercado (aunque esté allí)?
14. ___ ¿Se encuentra usted de repente preguntándose si ha utilizado correctamente una palabra?
15. ___ ¿Tiene usted problemas para decidirse?
16. ___ ¿Encuentra usted que de olvida de citas?
17. ___ ¿Se olvida usted en dónde ha puesto algo, como un periódico o un libro?
18. ___ ¿Encuentra usted que accidentalmente tira la cosa que no debe y se queda con la que tenía intención de tirar, como por ejemplo de tirar la caja de cerillas y meter la cerilla gastada en el bolsillo?
19. ___ ¿Sueña usted despierto cuando debería estar escuchando algo?
20. ___ ¿Encuentra usted que olvida nombres de personas?
21. ___ ¿Empieza usted una cosa en casa y distraído llega a hacer otra cosa sin querer?
22. ___ ¿Se encuentra usted con que puede recordar exactamente algo, aunque lo tenga en la punta de la lengua?
23. ___ ¿Encuentra usted que se olvida de lo que vino a comprar a las tiendas?
24. ___ ¿Se le caen las cosas sin querer?
25. ___ ¿Se encuentra con que no se acuerda de algo que iba a decir?

SUMA TOTAL DE PUNTOS _____

ANEXO 12 :

Escala de Ideación Mágica (Magical Ideation Scale, MIS). Eckblad y Chapman (1983).

Nombre y apellidos Sexo (varón) (mujer) Edad
Centro Localidad Fecha

Instrucciones. Se contesta **poniendo una aspa (X)** o una cruz en el espacio de la V (verdadero) o de la F (Falso) de cada una de las 30 afirmaciones que vienen a continuación, según crea que la respuesta de verdadero (V) o de falso (F) se ajusta mejor a lo que usted cree o le parece. No hay respuestas mejores o peores que otras. Gracias por su colaboración.

- V __ F __ (1) Algunas personas pueden hacer que yo esté consciente de ellas, justamente pensando en mí.
V __ F __ (2) He sentido la sensación pasajera de que yo podría no ser humano/a.
V __ F __ (3) Me he sentido a veces temeroso de pisar grietas por las aceras.
V __ F __ (4) Pienso que yo podría aprender a leer las mentes de otros si me lo propusiera.
V __ F __ (5) Los horóscopos aciertan con demasiada frecuencia como para que sea una coincidencia.
V __ F __ (6) A veces las cosas parecen estar en diferentes sitios cuando llego a casa, aún cuando nadie haya estado allí.
V __ F __ (7) Los números como el 13 y el 7 no tienen poderes especiales.
V __ F __ (8) He tenido ocasionalmente la tonta sensación de que un locutor de TV o radio sabía que yo le estaba escuchando.
V __ F __ (9) Me ha preocupado que gente de otros planetas pueda estar influyendo en lo que ocurre en la tierra.
V __ F __ (10) El gobierno se niega a decirnos la verdad sobre los ovnis o platillos volantes.
V __ F __ (11) He sentido que hay mensajes para mí en el modo en que fueron colocadas las cosas, como en un escaparate.
V __ F __ (12) Nunca he dudado de que mis sueños son el producto de mi propia mente.
V __ F __ (13) No tienen efecto los hechizos o encantamientos de la buena suerte.
V __ F __ (14) He notado sonidos en mis grabaciones que no estaban allí otras veces.
V __ F __ (15) Parecen influirme a veces los movimientos que gente desconocida hace con sus manos.
V __ F __ (16) Casi nunca sueño sobre cosas antes de que ocurran.
V __ F __ (17) He tenido la sensación pasajera de que el lugar de alguien ha sido ocupado por otro parecido.
V __ F __ (18) No es posible hacer daño a otros por el mero hecho de tener malos pensamientos sobre ellos.
V __ F __ (19) He sentido a veces una presencia maléfica en torno a mí, aunque yo no podía verla.
V __ F __ (20) A veces tengo la sensación de ganar o perder energía cuando cierta gente me mira o me toca.
V __ F __ (21) A veces me ha pasado por la cabeza que desconocidos/as se enamoran de mí.
V __ F __ (22) Nunca he tenido la sensación de que ciertos pensamientos míos pertenecían realmente a otra persona.
V __ F __ (23) Cuando me presentan desconocidos, raramente me pregunto si los he conocido antes.
V __ F __ (24) Si la reencarnación fuese cierta, se explicarían algunas creencias poco comunes que he tenido.
V __ F __ (25) La gente, a menudo, se comporta de manera tan extraña que uno se pregunta si eso forma parte de un experimento.
V __ F __ (26) Practico a veces ciertos rituales para prevenir influencias negativas.
V __ F __ (27) He tenido la sensación de que yo podría hacer que ocurriera algo, justamente pensando demasiado sobre ello.
V __ F __ (28) Me he preguntado si los espíritus de los muertos pueden influir en los vivos.
V __ F __ (29) He tenido a veces la sensación de que la charla de un profesor o de una profesora estaba destinada especialmente a mí.
V __ F __ (30) He tenido a veces la sensación de que alguien desconocido estaba leyendo mi mente.
-

ANEXO 13 a :

Cuestionario de Preferencia Manual de Edimburgo. (Edinburgh Handedness Inventory, EHI), Oldfield (1971).

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Observaciones: _____

INSTRUCCIONES: *Marque la casilla correspondiente con*

- + una cruz, si es la mano que utiliza de modo preferente.
- ++ dos cruces, si es la mano que utiliza de modo muy preferente y además le resultaría imposible o muy difícil hacerlo con la otra mano.
- + una cruz, en las dos casillas cuando pueda hacerlo tan bien tanto con una mano como con la otra.

¿QUÉ MANO UTILIZA PARA?	DERECHA	IZQUIERDA	Puntos
1. Escribir			1-2-3-4-5
2. Dibujar			1-2-3-4-5
3. Lanzar un objeto			1-2-3-4-5
4. Limpiarse los dientes			1-2-3-4-5
5. Utilizar un cuchillo (sin tenedor)			1-2-3-4-5
6. Cortar con tijeras			1-2-3-4-5
7. Comer con la cuchara			1-2-3-4-5
8. La mano que coloca en la parte superior de la escoba para barrer			1-2-3-4-5
9. Rascar una cerilla			1-2-3-4-5
10. Levantar la tapa de una caja			1-2-3-4-5

Puntos:

- 5 si ++ sólo en mano izquierda
- 4 si + sólo en mano izquierda
- 3 si + en manos izquierda y derecha
- 2 si + sólo en mano derecha
- 1 si ++ sólo en mano derecha

Consistentemente zurdo/a: 50 ptos (Máximo)
Consistentemente diestro/a: 10 ptos (Mínimo)

ANEXO 13-b :

Cuestionario de Preferencia Manual (Manga, 2002)

APELLIDOS			NOMBRE		
EDAD	SEXO Varón ____ Mujer ____	CENTRO	GRUPO	FECHA	

A. PREFERENCIA MANUAL INDIVIDUAL

Indica con una X la mano que normalmente usas en cada una de las diez actividades que se citan a continuación. Elige la casilla que mejor te parezca de las cinco. Haz lo mismo para el pie y el ojo (I y II).

		IZQUIERDA		Sin preferencia	DERECHA	
		Muy preferida	Prefe-rida		Preferida	Muy preferida
1.	Escribir					
2.	Dibujar					
3.	Tirar una pelota					
4.	Usar las tijeras					
5.	Usar el cepillo de dientes					
6.	Usar el cuchillo (sin tenedor)					
7.	Usar la cuchara					
8.	Usar la escoba (mano de arriba)					
9.	Encender una cerilla (mano de cogerla)					
10.	Abrir una caja (mano de coger tapa)					
		2	1	0	1	2
I.	¿Pié preferido para una puntapié?					
II.	¿Qué ojo usas cuando sólo puedes ver con uno?					

B. PREFERENCIA MANUAL DE LA FAMILIA

¿Hay algún zurdo o ambidextro **entre tus padres o hermanos/as**? **SI** **NO**

En caso afirmativo, ¿quiénes?: padre madre hermanos/as En total= _____

C. DERECHA – IZQUIERDA

Es normal encontrar niños y mayores que, en ocasiones, tienen dificultades para orientarse según la derecha y la izquierda. Se pide indicar (con una **X** donde corresponda) hasta qué punto tienes o sueles tener esa dificultad, cuando has de distinguir rápidamente la derecha de la izquierda:

SIEMPRE 1 CON FRECUENCIA 2 ALGUNAS VECES 3 CASI NUNCA 4 NUNCA 5

D. INDICIOS LATENTES DE LATERALIDAD MANUAL

Brazos cruzados. Según sueles tú cruzar los brazos (hazlo, por favor), ¿cuál de ellos queda arriba o sobre el otro?:

DERECHO-ARRIBA IZQUIERDO-ARRIBA

Manos entrelazadas. Según sueles tú entrelazar tus manos (hazlo, por favor), ¿qué dedo pulgar te queda arriba o encima del otro?

DERECHO-ARRIBA IZQUIERDO-ARRIBA

ANEXO 14 :

LURIA-DNA (Manga y Ramos, 2000): Portada del cuadernillo.

LURIA-DNA

DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS

Nombre: _____

Edad: Sexo: V M Lateralidad manual: Diestro Zurdo Ambidextro

Años de educación: _____

Ocupación o profesión: _____

Convivencia familiar: _____

Examinador y lugar de aplicación: _____

Fecha de aplicación: _____

PUNTUACIONES EN LA BATERÍA LURIA-DNA

			Puntos posibles	Punt. directa	Punt. típica	Vacil. I - A - T
ÁREA VISIOESPACIAL	1	Percepción visual (Ítems 1-8)	16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	2	Orientación espacial (Ítems 9-16)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA DEL LENGUAJE ORAL	3	Habla receptiva (Ítems 22-31)	31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4	Habla expresiva (Ítems 32-41)	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA DE LA MEMORIA	5	Memoria inmediata (Ítems 42-55)	42	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	6	Memorización lógica (Ítems 56-62)	24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁREA INTELLECTUAL	7	Dibujos temáticos (Ítems 63-70)	23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	8	Actividad conceptual (Ítems 71-81)	27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRUEBA DE ATENCIÓN	Control atencional (Ítems 17-21)		22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autores: Dionisio Manga y Francisco Ramos.
Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.
Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID - Printed in Spain. Impreso en España

ANEXO 15 :

LURIA-DNA (Manga y Ramos, 2000): Hoja del perfil del cuadernillo.

		PERFIL																				
		T	90	+4	80	+3	70	+2	60	+1	50	x	40	-1	30	-2	20	-3	10	-4	0	-5
PRUEBAS	ÁREA	SUBTESTS																				
		1	2																			
ÁREA VISOESPACIAL		1	Percepción visual																			
		2	Orientación espacial																			
ÁREA DEL LENGUAJE ORAL		3	Habla receptiva																			
		4	Habla expresiva																			
ÁREA DE LA MEMORIA		5	Memoria inmediata																			
		6	Memorización lógica																			
ÁREA INTELECTUAL		7	Dibujos temáticos y textos																			
		8	Actividad conceptual y discursiva																			
		CONTROL ATENCIONAL																				
		PUNTUACIÓN TOTAL																				

ANEXO 16 :

C.R.P.S. San Juan de Dios de León (vista exterior)



REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Achim, A. M. y Lepage, M. (2005). Episodic memory-related activation in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 187 (6), 500-509.
- Alvarez, E., Gutiérrez, J. y Andrés, A. (2006). Esquizotipia y Esquizofrenia. En A. J. Cangas, J. Gil y V. Peralta (Eds.), *Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación*. Psicom Editores.
- Alexander, G. E., De Long, M. R. y Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9, 357-381.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anderson, E. M., Bohon, L. M. y Berrigan, L. P. (1996). Factor structure of the Private Self-Consciousness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 66, 144-152.
- Andreassen, N. C. (1985). Positive vs. Negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 380-389.
- Andreassen, N. C. (1997). Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a project for a scientific psychopathology. *Science*, 275, 1586-1593.
- Andreassen, N. C., O'Leary, D. S, Flaum, M., Nopoulos, P., Watkins, G. L., Boles, L. L. y Hichwa, R. D. (1997). Hypofrontality in schizophrenia: distributed dysfunctional circuits in neuroleptic-naïve patients. *The Lancet*, 349, 1730-1734.

- Annett, M. (1972). The distribution of manual asymmetry. *British Journal of Psychology*, 63, 343-358.
- Annett, M. y Moran, P. (2006). Schizotypy is increased in mixed-handers, specially right-handers writers who use the left hand for primary actions. *Schizophrenia Research*, 81 (2-3), 239-246.
- Arens, E., Berger, C. y Lincoln, T. (2009). Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner?. *Nervenarzt*, 80, 329-339.
- Asai, T. y Tanno, Y. (2009). Schizotypy and handedness in Japanese participants. *Laterality*, 14 (1), 86-94.
- Anscombe, R. (1987). The disorder of consciousness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 241-259.
- Babigian, H. Y., Gardner, E. A., Miles H. C. y Romano, J. (1965). Diagnostic consistency and change in a follow-up study od 1.215 patients. *American Journal of Psychiatry*, 121, 895-901.
- Badcock, J. C. y Dragovic, M. (2006). Schizotypal personality in mature adults. *Personality and Individual Differences*, 40, 77-85.
- Barnett, K. y Corballis, M.C. (2002). Ambidextery and magical ideation. *Laterality*, 7, 75-84.
- Baruch, I., Hemsley, D. R. y Gray, J. (1988). Differential performance of acute and chronic schizophrenics in a latent inhibition task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 598-606.
- Batey, M. y Furnham, A. (2008). The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 45, 816-821.
- Bell, M. D., Fiszdon, J. M. y Bryson, G. (2009). Attention training in schizophrenia: Differing responses to similar tasks. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 490-496.

- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología* (Ed. Rev.). Madrid: McGraw-Hill.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2008). *Trastornos de personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bilder, R. M., Lipschutz-Broch, L., Reiter, G., Geisler, S. H., Mayerhoff, D. I. y Lieberman, J. A. (1992). Intellectual deficits in first-episode schizophrenia: evidence for progressive deterioration. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (3), 437-448.
- Bilder, R. M. (2009). The neuropsychology of schizophrenia Circa 2009. *Neuropsychology Review*, 19, 277-279.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé (Orig. 1960).
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Nueva York: International Universities Press.
- Braver, T.S., Barch, D.M. y Cohen, J.D. (1999). Cognition and control in schizophrenia: A computational model of dopamine and prefrontal function. *Biological Psychiatry*, 46 (3), 312-328.
- Bravo, M. F. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Broadbent, D. E., Cooper, P. J., Fitzgerald, P. F. y Parkes, K. R. (1982). The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.

- Brugger, P. y Graves, R. E. (1997). Right hemispacial inattention and magical ideation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *247*, 55-57.
- Brune, M. (2005). Emotion recognition, `theory of mind` and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *133*, 135-147.
- Bryson, F., Grimsaw, G. y Wilson, M. (2009). The role of intellectual openness in the relationship between hand preference and positive schizotypy. *Laterality*, *14* (5), 441-456.
- Buchy, L., Woodward, T. S. y Liotti, M. (2007). A cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) is associated with schizotypy. *Schizophrenia Research*, *90*, 334-337.
- Caballo, V. y Valenzuela, J. (2001). Evaluación de la personalidad por medio de un nuevo instrumento de autoinforme: el CEPER. *Psicología Conductual*, *9*, 551-564.
- Cannon, M., Byrne, M., Cassidy, B., Larkin, C., Horgan, R., Shepard, N. P. y O´Callaghan (1995). Prevalence and correlates of mixed-handedness in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *59*, 119-125.
- Cannon, M., Jones, B., Murray, R. M. y Wadsworth, M. E. J. (1997). Childhood laterality and the later risk of schizophrenia in the 1946 British birth cohort. *Schizophrenia Research*, *26*, 117-120.
- Carpenter, W. T. y Buchanan, R. W. (1989). Domains of psychopathology relevant to the study of etiology and treatment of schizophrenia. En Schulz, S. C. y Tamminga, C. T. (Eds.), *Schizophrenia: Scientific Progress* (pp 13-22). Nueva York: Oxford University Press.
- Cavézian, C., Rossetti, Y., Danckert, J., d’Amato, T., Dalery, J. y Saoud, M. (2007). Exaggerated leftward bias in the mental number line of patients with schizophrenia. *Brain and Cognition*, *63*, 85-90.

- Chapman, J. P. y Chapman, L. J. (1987). Handedness of hypothetically psychosis-prone subjects. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 89-93.
- Chapman, L. J. y Chapman, J. P. (1973). *Disordered thought in schizophrenia*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Raulin, M. L. y Edell, W. S. (1978). Schizotypy and thought disorder as a high risk approach to schizophrenia. En G. Serban (Ed.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- Christensen, A. L. (1979). A practical application of the Luria methodology. *Journal of Clinical Neuropsychology, 1*, 241-247.
- Christensen, A. L. (1987). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria* (Ed. Rev.). Madrid: Visor.
- Claridge, G. (1985). *Origins of mental illness*. Oxford: Blackwell.
- Claridge, G. y Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. En A. Raine, T. Lencz y S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal personality* (pp. 192-218). Nueva York: Cambridge University Press.
- Cohen, J. D. y Servan-Schreiber, D. (1992). Context, cortex, and dopamine: A connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia. *Psychological Review, 99*, 45-77.
- Cook, N. (1999). Simulating consciousness in a bilateral neural network: "Nuclear" and "Fringe" awareness. *Consciousness and Cognition, 8*, 62-93.
- Cooper, J. E. (1967). Diagnostic change in a longitudinal study of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry, 113*, 129-142.
- Corballis, M. C. (2002). Lateralidad y especiación humana. En T. J. Crow (Ed.), *La especiación del Homo sapiens moderno*, (pp. 153-170). Madrid: Triacastela.
- Costa, P. y McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa.

- Creed, A. T. y Funder, D. C. (1998). The two faces of private self-consciousness: Self report, peer-report, and behavioral correlates. *European Journal of Personality*, 12, 411-431.
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology?. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-489.
- Crow, T. J. (1987). Two syndromes of schizophrenia as one pole of the continuum of psychosis: A concept of the nature of the pathogen and its genomic locus. En Helm, F. A. y Delisi, L. E: (Eds.), *Handbook of schizophrenia* (vol. II). Amsterdam: Elsevier.
- Crow, T. J. (1990). The continuum of psychosis and its genetic origins. *British Journal of Psychiatry*, 156, 788-797.
- Crow, T. J., Done, D. J. y Sacker, S. A. (1996). Cerebral lateralization is delayed in children who develop schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 22, 181-185.
- Crow, T. J. (1997). Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language. *Trends in Neuroscience*, 20, 339-343.
- Crow, T. J. (1998). Sexual selection, timing and the descent of man: a theory of the genetic origins of language. *Current Psychology of Cognition*, 17, 1237-1277.
- Crow, T. J. (2008). The 'big band' theory of the origin of psychosis and the faculty of language. *Schizophrenia Research*, 102, 31-52.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Zarzuela, A. (1996). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (1), 15-20.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Zarzuela, A. (1998). Alteraciones cognitivas: una realidad en el trastorno esquizofrénico. *Anales de Psiquiatría*, 14, 11-25.

- Cummings, J. L. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Archives of Neurology*, 50 (8), 873-880.
- Cyharova, E. y Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, 80, 253-261.
- Dagnall, N. y Parker, A. (2009). Schizotypy and false memory. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 179-188.
- Dane, S., Yildirim, S., Ozan, E., Aydin, N., Oral, E., Ustaoglu, N. y Kirpinar, I. (2009). Handedness, eyedness, and hand-eye crossed dominance in patients with schizophrenia: Sex-related lateralisation abnormalities. *Laterality*, 14 (1), 55-65.
- Davidson, M., Harvey, P. D., Powchik, P., Parrella, P., White, L., Knobler, H. Y., Losonczy, M. F., Keefe, R. S., Katz, S. y Frecska, E. (1995). Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 152 (2), 197-207.
- Davis, K. L., Buchsbaum, M. S., Shihabuddin, L., Spiegel-Cohen, J., Metzger, M., Frecska, E., Keefe, R. S. y Powchik, P. (1998). Ventricular enlargement in poor-outcome schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 43, 783-793.
- Desviat, M. (1995). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Ediciones DOR.
- Deutsch, D. (1980). Handedness and memory for tonal pitch. En J. Herron (Ed.), *Neuropsychology of left-handedness* (pp. 263-271). Nueva York: Academic Press.
- Dollfus, S., Buijsrogge, J. A., Benali, K., Delamillieure, P. y Brazo, P. (2002). Sinistrality in subtypes of schizophrenia. *European Psychiatry*, 17, 272-277.
- Downing, M. E., Phillips, J. G., Bradshaw, J. L., Vaddadi, K. S. y Pantelis, C. (1998). Cue dependant right hemineglect in schizophrenia: a kinematic analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 65, 454-459.

- Dragovic, M. (2004). Categorisation and validation of handedness using Latent Class Analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 16, 212-218.
- Dragovic, M., Hammond, G., Badcock J. C. y Jablensky, A. (2005). Laterality phenotypes in patients with schizophrenia, their siblings and controls: associations with clinical and cognitive variables. *British Journal of Psychiatry*, 187, 221-228.
- Dragovic, M. y Hammond, G. (2005). Handedness in schizophrenia: a quantitative review of evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 410-419.
- Dragovic, M., Hammond, G. y Jablensky, A. (2005). Schizotypy and mixed-handedness revisited. *Psychiatry Research*, 136, 143-152.
- Eckblad, M. y Chapman, L. J. (1983). Magical Ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. Nueva York: Praeger.
- Eysenck, H. J. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research*. Nueva York: Guilford.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Eysenck, H. J. (1992). The definition and measurement of psychoticism. *Personality and Individual Differences*, 13, 757-785.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. Londres: Hodder y Stoughton.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1991). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS)*. Londres: Hodder y Stoughton.

- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1997). *EPQ-R. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Fenigstein, A., Scheier, M. y Buss, A. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4), 522-527.
- Fernández, E. y Vázquez, C. (1989). Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 3-8.
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E. y Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 15 (2), 73-95.
- Fischer, J., Heller, W. y Miller, G. (2007). Semantic associations, lateralized frontal function and context maintenance in schizotypy. *Neuropsychologia*, 45, 663-672.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos, S., García-Cueto, E. y Campillo-Alvarez, A. (2007). Lateralidad manual, problemas emocionales y esquizotipia en adolescentes. *Psicothema*, 19 (3), 467-472.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Alvarez, A. y Villazón, U. (2007). La multidimensionalidad de la esquizotipia a revisión. *Papeles del psicólogo*, 28, 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E. (2009). *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*. Documento interno 01-09. Universidad de Oviedo, Oviedo.

- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2009). Experiencias atenuadas en población adolescente. *Papeles del psicólogo*, 30 (1), 63-73.
- Frith, C. D. (1987). The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine*, 17, 631-648.
- Frith, C. D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.
- Frith, C. D. y Done, D. J. (1988). Towards a neuropsychology of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 153, 437-443.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Erlbaum.
- Frith, C. D. (1995). Schizophrenia: Functional imaging and cognitive abnormalities. *The Lancet*, 346, 615-620.
- Frith, C. D. (1996). The role of the prefrontal cortex in self-consciousness: the case of auditory hallucinations. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 351, 1505-1512.
- Frith, C. D., Blakemore, S. y Wolpert, D. M. (2000). Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Research Reviews*, 31 (2-3), 357-63.
- Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove: Psychology Press.
- Gazzaniga, M. S. (1989). Organization of the human brain. *Science*, 245, 947-952.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Kater, M. y Sluis, A. F. (2007). Why dissociation and schizotypy overlap- The joint influence of fantasy proneness, cognitive failures and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease* 19 (5), 812-818.

- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, *48*, 26-34.
- Golden, R. R. y Meehl, P. E. (1979). Detection of the schizoid taxon with MMPI indicators. *Journal of Abnormal Psychology*, *88*, 217-233.
- Goldman, H. H., Gatozzi, A. A. y Tanbe, C. A. (1981): Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, *32*, 21-27.
- Goldman-Rakic, P. S. (1991). Prefrontal cortical dysfunction in schizophrenia: The relevance of working memory. En B. J. Carroll y J. F. Barrett (Eds.), *Psychopathology and the brain* (pp. 1-23). Nueva York: Raven Press.
- Goldman-Rakic, P. S. (1992). La memoria funcional y la mente. *Investigación y Ciencia*, noviembre, 69-75.
- Goldstein, G. y Halperin, K. (1977). Neuropsychological differences among subtypes of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 34-40.
- Goldstein, G., Shemansky, W. J. y Allen, D. N. (2005). Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *20*, 153-159.
- González, E. (2009). Comorbilidad en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, *197* (3), 163-176.
- Grant, A. M., Franklin, J. y Langford, P. (2002). The Self-Reflection and Insight Scale: A New measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality*, *30*, 821-836.
- Gray, J. A. (1998). Integrating Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* *24* (2), 249-266.
- Gray, J. A., Feldon, J., Rawlins, J. P. R., Hemsley, D. R. y Smith, A. D. (1991). The neuropsychology of schizophrenia. *Behavioural and Brain Sciences*, *14*, 1-20.

- Grimshaw, G. M., Yelle, S. K., Schoger, J. y Bright, K. S. (2008). Magical ideation is related to questionnaire but not behavioural measures of handedness. *Laterality*, 13 (1), 22-33.
- Gross, G. y Huber, G. (2006). The schizophrenia concept of Kurt Schneider revisited. *Neurology Psychiatry and Brain Research* 13 (1), 31-40.
- Guimón, J. (2006). Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (2). Extraído el 7 de septiembre, 2009, de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0502/espectros.pdf>.
- Gur, R. C. y Gur, R. E. (1980). Handedness and individual differences in hemispheric activation. En J. Herron (Ed.), *Neuropsychology of Left-handedness*. Nueva York: Academic Press.
- Gur, R. C. Y Gur, R. E. (1995). Hypofrontality in schizophrenia: RIP. *The Lancet*, 345, 1383-1384.
- Haas, G. L. y Garratt, L. S. (1998). Gender differences in social functioning. En K. T. Mueser y N. Tarrier, *Handbook of social functioning in schizophrenia*, (pp. 149-180). Boston: Allyn y Bacon.
- Hall, J., Harris, J. M., McKirdy, J. W., Johnstone, E. C. y Lawrie, S. M. (2007). Emotional memory in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 45, 1152-1159.
- Harrington, R. y Loffredo, D. (2007). Private Self-Consciousness Factors and Psychological Well-Being. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 1 (1).
- Harvey, P. D., Serper, M. R., White, L., Parrella, M. J., McGurk, S. R., Moriarty, P. J., Bowie, C., Vadhan, N., Friedman, J. y Davis, K. L. (2001). The convergence of neuropsychological testing and clinical ratings of cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 306-313.

- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1967). *Cuestionario de personalidad MMPI, Manual de la adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Heaton, R. K., Baade L. E, y Johnson, K.L. (1978). Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults. *Psychological Bulletin*, 85 (1), 141-162.
- Heaton, R., Paulsen, J. S., McAdams, L. A., Kuck, J., Zisook, S., Braff, D., Harris, M. J. y Jeste, D. V. (1994). Neuropsychological deficits in schizophrenics: Relationship to age, chronicity and dementia. *Archives of General Psychiatry*, 51 (6), 469-476.
- Heinrichs, R. W. (2004). Meta-analysis and the science of schizophrenia: Variant evidence or evidence of variants?. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 279-394.
- Hemsley, D. R. (1987). An experimental psychological model for schizophrenia. En H. Hafner, W. F. Gattaz y W. Janzarik (Eds.), *Search for the causes of schizophrenia* (pp. 179-188). Heidelberg: Springer.
- Hemsley, D. R. (1994). Perceptual and cognitive abnormalities as the bases for schizophrenic symptoms. En A. S. David y J. C. Cutting (Eds.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 97-116). Hove: Erlbaum.
- Hemsley, D. R. (2005). The development of a cognitive model of schizophrenia: Placing it in context. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 977-988.
- Hemsley, D. R. (2008). La esquizofrenia: Modelos explicativos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, vol. 2*, Ed. Rev. (pp. 503-533). Madrid: McGraw-Hill.
- Hewitt, J. y Claridge, G. S. (1989). The factor structure of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences*, 10, 323-329.

- Hofer, A., Niedermayer, B., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Trebo, E., Widschwendter, C. G. y Fleischhacker, W. W. (2007). Cognitive impairment in schizophrenia: Clinical ratings are not a suitable alternative to neuropsychological testing. *Schizophrenia Research*, 92, 126-131.
- Hough, L. M. y Schneider, R. J. (1996). Personality traits, taxonomies and applications in organizations. En K. R. Murphy (Ed.), *Individual differences and behaviour in organizations* (pp. 31-88). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hogg, B., Jackson, H. J. y Rudd, R. P. (1990). Diagnosis personality disorders in recent-onset schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 194-199.
- Ingvar, D. H. y Franzen, G. (1974). Distribution of cerebral activity in chronic schizophrenia. *The Lancet*, 2, 1484-1486.
- The International Schizophrenia Consortium (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460, 748-752.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO (2003). *Población con enfermedad grave y prolongada (1ª ed.)*. Madrid: Grafo.
- Jablensky, A. (1988). Epidemiology of schizophrenia. En P. Bebbington y P. McGuffin (Eds.), *Schizophrenia: the major issues* (pp. 19-35). Londres: Heinemann.
- Jahshan, C. y Sergi, M. (2007). Theory of mind, neurocognition and functional status in schizotypy. *Schizophrenia Research*, 89, 278-286.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Nueva York: Holt.
- Jaramillo, P., Fuentes, I. y Ruiz, J. C. (2009). Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society and Education*, 1 (1), 13-24.

- Jaspers-Fayer, F. y Peters, M. (2005). Hand preference, magical thinking and left-right confusion. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 10 (2), 183-191.
- Jiménez, M. P., Ramos, F. y Sanchís, M. C. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*, vol. 2, Ed. Rev. (pp. 503-533). Madrid: McGraw-Hill.
- Jiménez, M. P. y Ramos, F. (2008). Las esquizofrenias: Hipótesis psicobiológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de Psicopatología*, vol. 2, Ed. Rev. (pp. 536-567). Madrid: McGraw-Hill.
- Jiménez, R., Vázquez, A. J. y Waisman, L. C. (2000). Género y funcionamiento social en esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, 75, 27-34.
- Joireman, J., Parrott, L. y Hammersla, J. (2002). Empathy and the Self Absortion Paradox: support for the distinction between self-rumiation and self-reflection. *Self and Identity*, 1 , 53-65.
- Joireman, J. (2004). Empathy and the Self Absortion Paradox II: self-rumiation and self-reflection as mediators between shame, guilt and empathy. *Self and Identity*, 3 (3), 225-238.
- Kaneda, Y., Nagamine, I. y Fujii, A. (2003). Ansiedad-estado en la Esquizofrenia. *European Journal of Psychiatry*, 17 (2), 101-107.
- Kanfer, R. y Ackerman, P. L. (1996). A self-regulatory skills perspective to reducing cognitive interference. En I. G. Sarason, G. R. Pierce y B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive Interference: Theories, methods and findings* (pp. 153-171). Mahwah: Erlbaum.

- Kanfer, R. y Heggested, E. D. (1997). Motivational traits and skills: A person-centered approach to work motivation. En B. M. Staw y L. L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behaviour*, 19 (pp. 1-56). Greenwich: JAI Press.
- Kant, O. (1942). The incidence of psychoses and other mental abnormalities in the families of recovered and deteriorated schizophrenic patients. *Psychiatry Quarterly*, 16, 176-184.
- Keefe, R. S. (1995). The contribution of neuropsychology to psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 152, 6-15.
- Kelley, M. P. y Coursey, R. D. (1992). Factor structure of schizotypy scales. *Personality and Individual Differences*, 13, 723-731.
- Kendell, R. E. y Gourlay, J. (1970). The clinical distribution between the affective psychoses and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117, 261-266.
- Kendell, R. E. (1974). The stability of psychiatric diagnoses. *British Journal of Psychiatry*, 124, 352-356.
- Kendell, R. E. (1987). Diagnosis and classification of functional psychoses. *British Medical Bulletin*, 43, 499-513.
- Ketter, T., Wang, P., Becker, O., Nowakowska, C. y Yang, Y. (2004). Psychotic bipolar disorders: dimensionally similar to or categorically different from schizophrenia?. *Journal of Psychiatric Research*, 38 (1), 47-61.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. y Shulsinger, F. (1968). The types and prevalences of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. En D. Rosenthal y S.S. Kety (Eds.). *The transmission of schizophrenia*. Nueva York: Pergamon Press.

- Krabbendam, L, Myin-Germeys, I. y Van Os, J. (2004). The Expanding Psychosis Phenotype. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 411-420.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Edimburgo, Escocia: Livingston.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and character: An investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament*. (2ª ed.). Nueva York: Hartcourt, Brace.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kupfer, D. J., First, M. B. y Regier, D. A. (2002). Introduction. En Kupfer, D. J., First, M. B., Regier, D. A. (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V* (pp. 15-23). Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Lawrie, S. M. y Abukmeil, S. S. (1998). Brain abnormality in schizophrenia. A systematic and quantitative review of volumetric magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry*, 172, 110-120.
- Lemos, S. (2001). Esquizofrenia y trastornos de la personalidad. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y prevención en el aula de los problemas de los adolescentes* (pp. 213-226). Madrid: Pirámide.
- Lemos, S. (2005). La teoría y la práctica en torno a la esquizofrenia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 173-185.
- Lemos, S., Vallina, O. y Fernández, P. (2006). La investigación cognitiva del síndrome esquizofrénico. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 31-49.
- León-Carrión, J. (1995). *Manual de Neuropsicología Humana*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O. y Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 83, 225-235.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment* (3ª ed.). Oxford: Oxford University Press (Orig. 1976).
- Lincoln, T., Arens, E., Berger, C. y Rief, W. (2008). Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (5), 984-994.
- Loewy, R. L., Bearden, C. E., Johnson, J. K., Raine, A. y Cannon T. D. (2005). The Prodromal Questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes. *Schizophrenia Research*, 79, 117-125.
- Loewy, R. L., Johnson J. K. y Cannon T. D. (2007). Self-report of attenuated psychotic experiences in a college population. *Schizophrenia Research*, 93, 144-151.
- López, L. (2008). Teoría de la mente en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 193 (3), 239-247.
- Luria, A. R. (1980). *Higher cortical functions in man* (2ª ed.). Nueva York: Basic Books.
- Luria, A. R. (1988). *El cerebro en acción* (5º ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1995). Trait explanations in personality psychology. *European Journal of Personality*, 9, 231-252.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1997). Conceptions and correlates of openness to experience. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.). *Handbook of personality psychology* (pp. 825-847). San Diego CA: Academic Press.

- McManus, I. C. (1885). Handedness, language dominance and aphasia: a genetic model. *Psychological Medicine Supplement*, 8, 1-40.
- McManus, I. C. (1999). Handedness, cerebral lateration and the evolution of language. En M. C. Corballis y S. E. G. Lea (Eds.), *The descent of mind* (pp. 194-217). Oxford: Oxford University Press.
- Magaro, P. A. (1984). Psychosis and schizophrenia. En W. D. Spaulding y J. K. Cole (Eds.), *Theories of schizophrenia and psychosis* (pp. 157-230). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Maher, B. A. (1983). A tentative theory of schizophrenia utterance. En B. A. Maher y W. B. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research, vol. 12* (pp. 1-52). Nueva York: Academic Press.
- Manga, D. y Ramos, F. (2000). *Luria-DNA. Diagnóstico neuropsicológico de adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Manoach, D. S. (2003). Prefrontal cortex dysfunction during working memory performance in schizophrenia: reconciling discrepant findings. *Schizophrenia Research*, 60, 285-298.
- Mass, R., Girndt, K., Matouschek, A.-K., Peter, P. M., Plitzko, N., Andresen, B., Haasen, C., y Dahme, B. (2007). Introducing the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI) as a psychometric method for schizotypy reseach. *Personality and Individual Differences*, 42, 525-534.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Mason, O., Linney, Y. y Claridge, G. (2005). Short scales for measuring schizotypy. *Schizophrenia Research*, 78, 293-296.
- Mebert, C. J. y Michel, G. F. (1980). Handedness in artists. En J. Herron (Ed.), *Neuropsychology of left-handedness* (pp. 273-279). Nueva York: Academic Press.

- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-832.
- Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Mellor, B. y Aragona M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 103, 217-228.
- Ministerio de Sanidad (1985). *Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Millon, T., Davis, R, y Millon, C. (1994). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Mira i López, E. (1932). *Manual de Psicología Jurídica*. Barcelona: Salvat.
- Mirsky, A. F., Yardley, S. L., Jones, B. P., Walsh, D. y Kendler, K. S. (1995). Analysis of the attention deficit in schizophrenia: A study of patients and their relatives in Ireland. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 23-42.
- Morin, A. (2002). Do you "self-reflect" or "self-ruminate"?. *Science and Consciousness Review*, 1.
- Morrison, R. L. y Bellack, A. S. (1987). Social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 715-725.
- Morrison, R. y O'Connor, R. C. (2005). Predicting psychological distress in college students: The role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 447-480.
- Murray, R. M., Lewis, S. y Reveley, A. M. (1985). Towards an aetiological classification of schizophrenia. *The Lancet*, 1, 1023-1026.

- Nair, T. R., Christensen, J. D., Kingsbury, S. J., Kumar, N. G., Terry, W. M. y Garver, D. L. (1997). Progression of cerebroventricular enlargement and the subtyping of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 74, 141-150.
- Nalcaci, E., Kalaycioglu, C., Cicek, M. y Budanur, O. E. (2000). Magical ideation and right-sided hemispatial inattention on a spatial working memory task: influences of sex and handedness. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 883-892.
- Nicholls, M. E., Orr, C. A. y Lindell, A. K. (2005). Magical Ideation and its relation to lateral preference. *Laterality*, 10 (6), 503-515.
- Niebauer C. L. (2004). Handedness and the "fringe" of consciousness: Strong handers ruminate while mixed handers self-reflect. *Consciousness and Cognition*, 13, 730-745.
- Norman, D. A. y Shallice, T. (1980). *Attention to action. Willed and automatic control of behavior*. CHIP report #99. San Diego: University of California.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Obiols, J. E. y Obiols, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Obiols, J. E. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 235-250.
- Oldfield, R. C. (1971). The assessment and analysis of handedness: The Edinburgh Inventory. *Neuropsychologia*, 9 (1), 97-113.
- Orellana, G., Slachevsky, A. y Silva, J. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del cortex prefrontal. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 44 (1), 39-47.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)* (10º ed.). Madrid: OMS.

- Ornstein, T. J., Sahakian, B. J. y McKenna, P. J. (2008). Memory and executive impairment in schizophrenia: comparison with frontal and temporal brain damage. *Psychological Medicine*, 38 (6), 833-842.
- Orlova, V. A., Voskresenskaya, N. I., Shcherbakova, N. P., Korsakova, N. K., Savina, T. D., Solenova, E. P. et al. (2007). Integrative Neuropsychological Characteristics of Subcortical-Frontal Brain Regions as a Schizophrenia Liability Factor. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 430-435.
- Orr, K. G. D., Cannon, M., Gilvarry, C. M., Jones, P. B. y Murray, R. M. (1999). Schizophrenic patients and their first-degree relatives show an excess of mixed-handedness. *Schizophrenia Research*, 39, 167-176.
- Osuji, I. J., McGarrahan, A., Mihalakos, P., Garver, D., Kingsbury, S. y Cillum, C. M. (2007). Neuropsychological functioning in MRI-derived subgroups of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 92, 189-196.
- Palmer, B. W., Dawes, S. E. y Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia?. *Neuropsychology Review*, 19, 365-384.
- Peralta, V., Cuesta, M. J. y de León, J. (1991). Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 336-339.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (2003). The diagnosis of schizophrenia: old wine in new bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 141-152.
- Peters, E. R., Joseph, S. A. y Garety, P. A. (1999). The measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al., Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.

- Pollina, L. K., Greene, A. L., Tunick, R. H. y Puckett, J. M. (1992). Dimensions of everyday memory in young adulthood. *British Journal of Psychology*, *83*, 305-321.
- Pollina, L. K., Greene, A. L., Tunick, R. H. y Puckett, J. M. (1993). Dimensions of everyday memory in late adulthood. *Current Psychology*, *12*, 46-56.
- Pomarol-Clotet, E., Canales-Rodríguez, E. J., Salvador, R., Sarró, S., Gomar, J. J., Vila, F., Ortiz-Gil, J., Yturria-Medina, Y., Capdevila, A. y McKenna, P. J. (2010). Medial prefrontal cortex pathology in schizophrenia as revealed by convergent findings from multimodal imaging. *Molecular Psychiatry*, *Enero*, 1-8. Extraído el 28 de Enero de 2010 desde <http://www.nature.com/mp/journal/vaop/ncurrent/full/mp2009146a.html>.
- Posner, M. (1982). Cumulative development of attentional theory. *American Psychologist*, *37*, 168-179.
- Posner, M. I., Early, T. S., Reiman, E., Pardo, P. J. y Dhawan, M. (1988). Asymmetries in hemispheric control of attention in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 814-821. .
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a `theory of mind`?. *Behavioural and Brain Sciences*, *4*, 515-526.
- Preti, A., Sardu, C. y Piga, A. (2007). Mixed-handedness is associated with the reporting of psychotic-like beliefs in an non-clinical Italian sample. *Schizophrenia Research*, *92*, 15-23.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disorder behavior. *American Journal of Psychiatry*, *110*, 406-416.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 555-564.

- Raine, A. y Lencz, T. (1995). Conceptual and theoretical issues in schizotypal personality research. En A. Raine, T. Lencz y S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal personality* (pp. 3-15). Nueva York: Cambridge University Press.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N. y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, *20*, 191-201.
- Raine, A. (2006). Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, *(2)*, 291-326.
- Rawlings, D. y McFarlane, C. (1994). A Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences*, *17*, 489-496.
- Rawlings, D., Claridge, G., y Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, *31*, 409-419.
- Razafimandimby, A., Maïza, O., Hervé P. Y., Lecardeur, L., Delamillieure, P., Brazo, P. et al. (2007). Stability of functional language lateralization over time in schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, *94*, 197-206.
- Realo, A. y Allik, J. (1998). The Estonian Self-Consciousness Scale and its relation to the Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Assessment*, *70* (1), 109-124.
- Reitan, R. M. (1976). Neuropsychology: the vulgarization of Luria always wanted. *Contemporary Psychology*, *21*, 737-738.
- Rodríguez, A. y González, J. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica (pp. 17-42). En Comunidad de Madrid (Consejería de Servicios Sociales), *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad*

mental crónica: programas básicos de intervención (12ª ed.). Madrid: B.O.C.M.

Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory and abnormal behaviour*. Nueva York: McGraw-Hill.

Rosenzweig, M. R. (1982). Neuropsychology today. *International Journal of Psychology*, 17, 143-148.

Rössler, W., Riecher-Rösler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., Van Os, J. y Ajdacic, V. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, 92, 1-14.

Ruiz-Vargas, J. M. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Rund, B. R., Landro, N. I. y Orbeck, A. L. (1997). Stability in cognitive dysfunctions in schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 69 (2-3), 131-141.

Russell, A. J., Munro, J. C., Jones, P. B., Hemsley, D. R. y Murray, R. M. (1997). Schizophrenia and the myth of intellectual decline. *American Journal of Psychiatry*, 154 (5), 635-639.

Russell, E. W., Russell, S. L. y Hill, B. D. (2005). The fundamental psychometric status of neuropsychological batteries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 785-794.

Russo, P. M., Leone, L., Lauriola, M. y Lucidi, F. (2009). Impulsivity and reward sensitivity within the pen model: A test of discriminant hypotheses. *Personality and Individual Differences*, 45, 624-629.

Sacyl (Sanidad de Castilla y León, 2002). *Centro de Rehabilitación Psicosocial, Guía Básica de Funcionamiento*. Valladolid: Germinal.

- Salgado-Pineda P., Caclin, A., Baeza, I., Junqué, C., Bernardo, M., Blin, O. y Fonlupt, P. (2007). Schizophrenia and frontal cortex: Where does it fail?. *Schizophrenia Research*, 91, 73-81.
- Sánchez-Bernardos, M. L. y Avia, M. D. (2006). The relationship between fantasy proneness and schizotypy in adolescents. *Journal of Nervous Mental Disease*, 194 (6), 411-414.
- Satz, P. y Green, M. F. (1999). Atypical handedness in schizophrenia: Some methodological and theoretical issues. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 63-78.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 687-699.
- Schiffman, J., Pestle, S., Mednick, S., Ekstrom, M., Sorensen, H. y Mednick, S. (2005). Childhood laterality and adult schizophrenia spectrum disorders: A prospective investigation. *Schizophrenia Research*, 72,151-160.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Sergi, M. J., Rassovsky, Y., Nuechterlein, K. H. y Green, M. F. (2006). Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 448-454.
- Siever, L. J., Koenigsberg, H. W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Laurelle, M., Abi-Dargham, A., et al. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 54 (1-2), 157-167.
- Silverstein, S. M. y Schenkel, I. S. (1997). Schizophrenia as a model of context deficient cortical computation. *Behavioral and Brain Sciences*, 20, 696-697.
- Sommer, I., Ramsey, N., Kahn, R., Aleman, A. y Bouma, A. (2001). Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 344-351.

- Somers, M., Sommer, I., Boks, M. y Kahn, R. (2009). Hand-preference and population schizotypy: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 108*, 25-32.
- Spere, K. A., Schmidt, L. A., Riniolo, T. C. y Fox, N. A. (2005). Is a lack of cerebral hemisphere dominance a risk factor for social "conflictedness"? Mixed-handedness in shyness and sociability. *Personality and Individual Differences, 39*, 271-281.
- Spitzer, R. L. y Endicott, J. (1977). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Life-time Version (SADS-L)*. Nueva York: New-York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R. L., Endicott, J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 36*, 17-24.
- Stefanis, N., Vitoratou, S., Smyrnis, N., Constantinidis, T., Evdokimidis, I., Hatzimanolis, I. et al. (2006). Mixed handedness is associated with the Disorganization dimension of schizotypy in a young male population. *Schizophrenia Research, 87*, 289-296.
- Strauss, J. S. y Carpenter, W. T. (1974). Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 30*, 429-434.
- Suhr, J. A. y Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. I: A comparison of unselected and highly schizotypal samples. *Schizophrenia Research, 52*, 231-239.
- Taylor, P. J., Dalton, R. y Flemminger, J. J. (1980). Handedness in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 136*, 375-383.
- Taylor, K. I., Zach, P. y Brugger, P. (2002). Why is magical ideation related to leftward deviation on an implicit line bisection task?. *Cortex, 38*, 247-252.
- Teresa, M. A. (2003). Rehabilitación cognitiva o neuropsicológica. *Informaciones Psiquiátricas, 17*-22.

- Traid, V., Giner, D., Castillo, C., Misiego, J. y López, I. (2005). Revisión histórica del modelo psicosocial. *Interpsiquis 2005*. Extraído el 20 de febrero, 2009, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/20229>.
- Trapnell, P. D. y Campbell J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Tsakanikos, E. (2006). Perceptual biases and positive schizotypy: The role of perceptual load. *Personality and Individual Differences*, 41, 951-958.
- Tsuang, M. T., Winokur, G. y Crowe, R. R. (1980). Morbidity risks of schizophrenia and affective disorders among first-degree relatives of patients with schizophrenia, mania, depression and surgical conditions. *British Journal of Psychiatry*, 137, 497-504.
- Van den Bosch, R. J. (1995). Context and cognition in schizophrenia. En J. A. den Boer, H. G. M. Westenberg y H. M. Van Praag (Eds.), *Advances in the neurobiology of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Van der Werf, M., Van Boxtel, M., Verhey, F., Jolles, J., Thewissen, V. y Van Os, J. (2007). Mild hearing impairment and psychotic experiences in a normal aging population. *Schizophrenia Research*, 94, 180-186.
- Van Os, J. y Jones, P. B. (2001). Neuroticism as a risk factor for schizophrenia. *Psychological Medicine*, 31, 1129-1134.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of the psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 8, 1-17.
- Van Rijn, S., Aleman, A., Swaab, H. y Kahn, R. S. (2005). Neurobiology of emotion and high risk for schizophrenia: role of the amygdala and the X-chromosome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29 (3), 385-397.

- Venables, P. H. (1984). Cerebral mechanisms, autonomic responsiveness and attention to schizophrenia. En W. D. Spaulding y J. K. Cole (Eds.), *Theories of schizophrenia and psychosis*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Verdoux, H., Van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R. y Bourgeois, M. (1999). Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: A follow-up study in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 462-468.
- Wallace, J. C., Kass, S. J. y Stanny, C. J. (2002). The cognitive failures questionnaire revisited: Dimensions and correlates. *The Journal of General Psychology*, 129 (3), 238-256.
- Wallace, J. C. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*, 37, 307-324.
- Wallace, J. y Chen, G. (2005). Development and validation of a work-specific measure of cognitive failure: implications for occupational safety. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78 (4), 615-632.
- Weigl, E. (1981). On the future of neuropsychology. En E. Weigl, *Neuropsychology and Neurolinguistics: Selected Papers* (pp. 19-23). La Haya: Mouton.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44 (7), 660-669.
- Weinberger, D. R. (1995). From neuropathology to neurodevelopment. *The Lancet*, 346, 552-557.
- Weinberger, D. R. y Berman, K. F. (1996). Prefrontal function in schizophrenia: Confounds and controversies. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 351, 1495-1503.

- Witelson, S. F. (1980). Neuroanatomical asymmetry in left-handers: A review and implications for functional asymmetry. En J. Herron (Ed.), *Neuropsychology of Left-handedness*. Nueva York: Academic Press.
- Wolfradt, U., y Straube, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal traits among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.
- Woods, B. T., Yurgelun-Todd, D., Benes, F., Frankenburg, F. R., Pope, H. G. y McSparren, J. (1990). Progressive ventricular enlargement in schizophrenia: comparisons to bipolar disorder and correlation with clinical course. *Biological Psychiatry*, 27, 341-352.
- World Health Organisation (1990). *Global estimates for health situation assessment and project*. Ginebra: WHO.
- Wuthrich, V. y Bates, T. C. (2006). Confirmatory factor analysis of the three-factor structure of the schizotypal personality questionnaire and Chapman schizotypy scales. *Journal of Personality Assessment*, 87, 292-304.
- Yugueros-Alonso, M. (2006). Rasgos de personalidad, ideación mágica y esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial*, 3 (2), 53-58.
- Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G. y Cosgrave, E. M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (2), 118-128.
- Zarzuela, A. (2002). Evaluación neuropsicológica de la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 168, 147-160.
- Zubin, J. (1972). Scientific models for psychopathology in the 1970's. *Seminars in Psychiatry*, 4, 283-296.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Zubin, J. y Steinhauer, S. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.

Zubin, J., Magaziner, J. y Steinbauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.

