

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA A REVISIÓN

MULTIDIMENSIONALITY OF SCHIZOTYPY UNDER REVIEW

**Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Eduardo García-Cueto,
Ángela Campillo-Álvarez y Úrsula Villazón García**
Universidad de Oviedo

El objetivo del presente trabajo consistió en llevar a cabo una revisión de las dimensiones de la esquizotipia en la última década. La finalidad fue estudiar la naturaleza y estructura de la esquizotipia de cara a una mejor comprensión y delimitación del constructo. Los datos indican que la esquizotipia es un constructo multidimensional que se puede concretar en tres o cuatro dimensiones. El factor Positivo (Experiencias Inusuales) y el factor Negativo (Anhedonia) han sido ampliamente replicados. El tercer y/o cuarto se concreta en una dimensión de Desorganización, de No Conformidad Impulsiva, de Paranoia o Ansiedad Social. Las dimensiones de la esquizotipia varían en función del sexo y la edad. Los varones tienden a puntuar más elevado que las mujeres en la dimensión negativa mientras que las mujeres lo hacen en la dimensión positiva y en el factor Ansiedad Social. La comparación estricta entre los estudios factoriales se encuentra dificultada por el tipo de instrumento, la muestra empleada y el modelo estadístico utilizado. El Schizotypal Personality Questionnaire es el cuestionario más investigado, mostrando gran consistencia en su solución trifactorial. Los estudios factoriales de la esquizotipia se han realizado en una amplia variedad de culturas. Las futuras investigaciones deberán tener presente las limitaciones metodológicas, la aplicación de diferentes medidas de esquizotipia de forma conjunta, el estudio del constructo a través de las diferentes culturas y la relación de la esquizotipia con otras variables.

Palabras clave: Revisión, esquizotipia, propensión a la psicosis, rasgos de la esquizotipia, análisis factorial

The purpose of this article was to review dimensional studies of schizotypy in the last decade; particularly, its nature and structure, for a better understanding and definition of this construct. Data from those studies indicate that schizotypy is a multidimensional construct consisting in three or four dimensions. A Positive factor (Unusual experiences) and a Negative factor (Anhedonia) were widely confirmed, but a third or even a fourth dimension (Disorganization, Impulsive non-conformity, Paranoia or Social Anxiety) were also found. Dimensions of schizotypy vary according to gender and age, showing men higher scores in the Negative dimension than women, while women score higher in the Positive dimension and in the Social Anxiety factor than men; however, a precise comparison is hindered by the instruments, the samples, and the statistical model used. The Schizotypal Personality Questionnaire is most studied instrument, as it shows good consistency in a tri-factorial solution. Factorial analyses of schizotypy were done in very different cultures. Future research should bear several aspects in mind: methodological shortcomings, a combined use of different measures of schizotypy, the study of this construct in different cultures, and the relationship of schizotypy with other variables.

Key words: Review, schizotypy, psychosis proneness, schizotypal traits, factor analysis

Uno de los desafíos más importantes de la psicopatología actual es investigar qué rasgos y características hacen vulnerables a las personas a la aparición de trastornos psicológicos. Por ello, los esfuerzos actuales van encaminados a detectar e intervenir precozmente en personas con propensión a desarrollar problemas psicológicos. En este sentido, los estudios sobre intervención temprana en la esquizofrenia se encuentran bastante desarrollados en comparación a otros trastornos. La literatura indica que una intervención precoz en la esquizofrenia es un buen predictor de cara a la obtención de mejores resultados en el tratamiento

(McGlashan y Johannessen, 1996), dato que ha dado lugar al desarrollo de una extensa variedad de programas a esfera mundial (Vallina, Lemos Giráldez, y Fernández, 2006).

La esquizotipia se encuentra, desde sus orígenes, íntimamente relacionada con las psicosis. El término esquizotipia, también conocido como propensión a la psicosis (Chapman, Edell, y Chapman, 1980), puede ser visto como una dimensión normal de la personalidad o como un indicador de la predisposición a las psicosis (Claridge, 1997; Cyhlarova y Claridge, 2005). Diversos estudios indican que las experiencias psicóticas se encuentran presentes en población normal, sugiriendo la existencia de un continuo dimensional (Johns y van Os, 2001) entre la población normal y dichas experiencias

(Verdoux y Van Os, 2002). La esquizotipia se enmarca dentro de este modelo (Claridge, 1997) extendiéndose igualmente desde la personalidad no patológica (salud), hasta la psicosis (enfermedad). Las variaciones a lo largo de este continuo describen diferentes grados de predisposición a los trastornos psicóticos. Dicha vulnerabilidad o predisposición a la esquizofrenia se expresa, por lo tanto, a lo largo de un continuo psicopatológico.

La relevancia de la investigación sobre los rasgos esquizotípicos reside básicamente en tres puntos. En primer lugar, permite mejorar la comprensión de los mecanismos que subyacen a la esquizofrenia, investigando los nexos de unión entre ambas entidades. En segundo lugar, permite estudiar a los sujetos libres de la enfermedad psicótica, sin los efectos secundarios de la medicación y de la iatrogenia (Heron, Jones, Williams, Owen, Craddock, y Jones, 2003; Martinena Palacio et al., 2006). En tercer lugar, ofrece la posibilidad de detectar, mediante autoinformes y entrevistas, a los participantes con una alta probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, los llamados estudios de alto riesgo psicométrico (Lenzenweger, 1994).

Las investigaciones sobre la evaluación de la personalidad esquizotípica se enmarcan básicamente dentro de las investigaciones de alto riesgo psicométrico. La finalidad no es otra que detectar, mediante pruebas psicométricas, a aquellos sujetos con probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, como pueden ser la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos o las personalidades esquizoide, paranoide y esquizotípica. De este modo, puntuaciones elevadas en la medida de esquizotipia parecen indicar una cierta propensión al desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico (Chapman, Chapman, Raulin, y Eckblad, 1994; Gooding, Kathleen, y Matts, 2005; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman, y Chapman, 1997), siendo también el mejor predictor de cara al posterior desarrollo de este tipo de trastornos entre una amplia gama de variables psicopatológicas (Gooding et al., 2005). Con dicha intención se han creado una amplia variedad de autoinformes entre los que destacan *Schizotypal Personality Questionnaire* en su versión larga y reducida (Raine, 1991; Raine y Benishay, 1995) y las escalas del grupo de la Universidad de Wisconsin-Madison: *Perceptual Aberration Scale* (Chapman, Chapman, y Rawlin, 1978), *Magical Ideation Scale* (Eckblad y Chapman, 1983), *Physical and Social Anhedonia Scales* (Chapman, Chapman, y

Raulin, 1976) y *Revised Social Anhedonia Scale* (Eckblad, Chapman, Chapman, y Mishlove, 1982). La mayoría de estas escalas ha sido adaptada y traducida al español por diferentes grupos de investigación (Mata, Mataix-Cols, y Peralta, 2005; Muntaner, García-Sevilla, Fernández, y Torrubia, 1988).

Del mismo modo que ocurre con la esquizofrenia, la esquizotipia se ha propuesto como una estructura multidimensional. En los últimos años se ha debatido ampliamente cuál es la estructura de la esquizotipia, tratando de determinar la naturaleza y el número de dimensiones psicopatológicas. El objetivo del presente trabajo es estudiar la naturaleza y estructura de la esquizotipia a través de los diferentes estudios factoriales realizados sobre autoinformes de evaluación. La finalidad no es otra que dar una visión del panorama actual de la esquizotipia aclarando su naturaleza estructural, en lo referido al número y contenido de los factores, de cara a una mejor comprensión, delimitación y abordaje del constructo.

MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA

La investigación sobre la dimensionalidad de la esquizotipia está muy ligada a la técnica del análisis factorial y a la propia noción de factor. Por lo tanto, antes de introducirse en el estudio de la dimensiones de la esquizotipia hay que tener presente cuál es el objetivo del análisis factorial y qué es lo que entendemos por factor. Siguiendo al principal impulsor de esta técnica en España, Mariano Yela, indica que: *"El análisis factorial tiene por objetivo descubrir las dimensiones de variabilidad común existentes en cierto campo de fenómenos. A cada dimensión de variabilidad común se le da el nombre de factor"* (Yela, 1997, pag. 25).

Centrándose en los análisis factoriales de la esquizofrenia y esquizotipia, la evidencia empírica acumulada indica que la esquizofrenia es un constructo multifactorial (John, Khanna, Thennarasu, y Reddy, 2003; Lemos Giráldez et al., 2006; Lindenmayer et al., 2004). Los factores hallados en la esquizotipia presentan un paralelismo fenotípico similar al encontrado en la esquizofrenia. Este paralelismo entre ambas entidades es posible que pueda indicar un mecanismo etiológico común (Mehel, 1962), aunque no necesariamente (Venables y Rector, 2000).

En la Tabla 1 se presentan los análisis factoriales llevados a cabo en la última década así como el número de factores, el tipo de muestra, el instrumento utilizado y el análisis estadístico empleado. Es importante mencionar,

TABLA 1
PRINCIPALES INVESTIGACIONES SOBRE LOS ESTUDIOS
FACTORIALES DE LA ESQUIZOTIPIA, EN LA ÚLTIMA DÉCADA

<i>Referencia</i>	<i>Nº de Factores</i>	<i>Escalas</i>	<i>Muestra N; Media (DT)</i>	<i>Tipo y nacionalidad</i>	<i>Tipo de análisis</i>
Chen, Hsiao, y Lin, 1997	3 Cognitivo-Perceptual Interpersona Desorganización	SPQ PAS	(1) 345; 42,9 (12,8) (2) 115; 14,0 (0,8)(2)	(1) Adultos (2) Adolescentes de Taiwan	AFC
Wolfradt y Straube, 1998	3 Ideación Mágica/Experiencias perceptuales Ideas de referencia/ansiedad social Suspiciacia	STA	1362; 15,6 (1,12)	Estudiantes adolescentes alemanes	AFE
DiDuca et al., 1999	5 Cognitivo Perceptual Anhedonia Social Impulsividad-Disconformidad Anhedonia Física	JSS (MSTQ)	492; 15,5 (1,75)	Estudiantes adolescentes ingleses	AFE-T
Martínez-Suárez et al., 1999	3 Positivo Negativo No conformidad Impulsiva	MSTQ (JSS)	721; 15,8	Estudiantes de bachillerato españoles	AFE-T
Reynolds et al., 2000	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	1201;23,3 (1,17)	Mauritanos	AFC
Venables et al., 2000	3 Positivo (desorganizado) Negativo Déficit Social	SS	330; 20,41 (5,89)	Estudiantes ingleses	AFC
Axelrod et al., 2001	3 Interpersonal Cognitivo-Perceptual Desorganización	SPQ-B	237; 15,8 (1,4)	Pacientes adolescentes psiquiátricos	AFE
Rawlings et al., 2001	4 Pensamiento Mágico Suspiciacia Paranoide y Aislamiento Experiencias Perceptivas Inusuales Ansiedad Social	STA	1073; 39,9 (16,8)	Adultos ingleses	AFE-T
Suhr et al., 2001	3 Positivo Negativo Desorganizado	SPQ MAS MIS	1336	Estudiantes universitarios estadounidenses	AFE
Suhr et al., 2001 (2)	3 Positivo Negativo Desorganizado Pensamiento Paranoide	SPQ MAS MIS	348	Estudiantes universitarios estadounidenses con alta esquizotipia	AFE
Rossi y Daneluzzo, 2002	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	347 5 submuestras control, italianos	Esquizofrénicos, bipolares, TOC, depresivos y grupo M= entre 25,4 y 43,4	AFC
Fossati et al., 2003	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	(1) 803; 21,93 (1,57) (2) 929; 16,43 (1,45)	(1) Universitarios (2) Estudiantes adolescentes italianos	AFE
Stefanis et al., 2004	4 Cognitivo-Perceptual Negativo Paranoide Desorganización	SPQ	1335; 20,3 (1,8)	Soldados de reemplazo griegos	AFC
Calkins et al., 2004	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	(1) 135; 46,5 (15,3) (2) 112; 34,6 (13,3)	(1) Familiares de psicóticos (2) Adultos estadounidenses	AFE
Linscott y Knight, 2004	4 Creencias Aberrantes Miedo Social y Paranoia Anhedonia (física y social) Procesamiento Aberrante de la Información	TPSQ	216; 20,2 (3,8)	Estudiantes universitarios neozelandeses	AFE-T

TABLA 1(CONTINUACIÓN)
PRINCIPALES INVESTIGACIONES SOBRE LOS ESTUDIOS
FACTORIALES DE LA ESQUIZOTIPIA, EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Referencia	Nº de Factores	Escalas	Muestra N; Media (DT)	Tipo y nacionalidad	Tipo de análisis
Cyhlarova et al., 2005	3 Experiencias Perceptuales Inusuales Ideaación Paranoide/Ansiedad Social Pensamiento Mágico	STA (children)	317; 13,3 (1,2)	Estudiantes adolescentes ingleses	AFE
Lewandowski et al., 2006	3 Esquizotipia Positiva Esquizotipia Negativa Afecto Negativo	PAS MIS PhARSoA BDI BAI	1258;19,4 (3,7)	Estudiantes universitarios americanos	AFC
Aycicegi et al., 2005	2 Positivo Negativo	SPQ-B	(1) 190; 20,3 (1,8) (2) 260; 18,7 (1,2)	(1) Universitarios turcos (2) Universitarios americanos	AFE
Mata et al., 2005	3 Interpersonal Desorganización Cognitivo-Perceptual	SPQ-B	477; 21,1/20,2 (4,6/4,3)	Universitarios españoles	AFE-T
Badcock et al., 2006	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	352; 39,9 (10,9)	Adultos australianos	AFC
van Kampen, 2006	3 Esquizotipia Positiva Esquizotipia Negativa Esquizotipia Asocial	SSQ	771; 36,1 (10,3)	Adultos holandeses	AFE
Wuthrich et al., 2006 (1)	3 Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	SPQ	558; 22,7 (6,4)	Universitarios australianos	AFC
Wuthrich et al., 2006 (2)	3 Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	MIS PAS RoSA SPQ	277; 21,7(5,3)	Universitarios australianos	AFC
Mass et al., 2007	6 Negativo/Interpersonal Positivo/Cognitivo- Perceptual Esquizotipia Desorganizada Pensamiento Mágico Ansiedad Social Experiencias Psicóticas	ESI,PAS, SPQ,STA y SPI	159; 26,3 (5)	Estudiantes de secundaria y universitarios alemanes	AFE-O
Fonseca-Pedrero et al., 2007	4 Procesamiento Aberrante de la información Paranoia Social Anhedonia Creencias Aberrantes	TPSQ	321; 13,8 (1,3)	Adolescentes de secundaria españoles	AFE-T
Compton et al., 2007	3 Cognitivo-perceptual Interpersonal Desorganización	SPQ-B	118; 46,2 (12,2)	Familiares de primer grado y normales americanos	AFC

Nota: JSS: *Junior Schizotypy Scales*; CSTQ: *Combined Schizotypal Traits Questionnaire*; MIS: *Magical Ideation Scale*; PAS: *Perceptual Aberration Scale*; MSTQ: *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire*; PhA: *Physical Anhedonia*; RSoA: *Revised Social Anhedonia*; SPQ: *Schizotypal Personality Questionnaire*; SPQ-B: *Schizotypal Personality Questionnaire Brief*; SS: *Schizotypal Scale*; STA: *Schizotypal Personality Scale*; STB: *Borderline Personality Scale*; SSQ: *Schizotypic Syndrome Questionnaire*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; O-LIFE: *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings*. TSPQ: *Thinking and Perceptual Style Questionnaire*; ESI: *Eppendorf Schizophrenia Inventory*; SPI: *Schizotypal Personality Inventory*.

AFE: Análisis Factorial Confirmatorio; AFE-T: Análisis Factorial Exploratorio-Ortogonal; AFE- O: Análisis Factorial Exploratorio Oblícuo.

que los estudios factoriales realizados difieren claramente en la composición muestral (clínica, no clínica, cultura de origen y edad), el número de participantes, la cantidad y tipo de instrumentos de medida utilizados y los

análisis metodológicos, lo cual dificulta enormemente su comparación (Álvarez López y Andrés Pueyo, 2006; Stefanis, Smyrnis, Avramopoulos, Evdokimidis, Ntzoufras, y Stefanis, 2004).

Al igual que ocurre en la esquizofrenia parece no existir acuerdo en el número de dimensiones. Los estudios factoriales todavía no presentan un dibujo unificado respecto a la estructura que subyace a la esquizotipia. Se han propuesto dos (Aycicegi, Dinn, y Harris, 2005), tres (Compton, Chien, y Bollini, 2007; van Kampen, 2006; Wuthrich y Bates, 2006) cuatro (Mason y Claridge, 2006; Rawlings, Claridge, y Freeman, 2001; Stefanis et al., 2004), cinco (DiDuca y Joseph, 1999) o incluso seis (Mass et al., 2007) dimensiones. Dichos factores varían en función del sexo y la edad de los participantes (Mata et al., 2005).

La mayoría de los estudios presentan una solución tridimensional o tetradimensional en donde las dimensiones positiva (Cognitivo-Perceptual o Experiencias Perceptuales Inusuales) y negativa (Anhedonia, Anhedonia Introversa o Déficit Interpersonales) de la esquizotipia han sido ampliamente replicadas. El debate actual se centra en la inconsistente naturaleza de la tercera dimensión (Suhr y Spitznagel, 2001). En los modelos tridimensionales algunos autores proponen una dimensión de Desorganización (Cognitiva) (Fossati, Raine, Carretta, Leonardi, y Maffei, 2003), mientras que otros de No Conformidad Impulsiva/ Asocial (DiDuca y Joseph, 1999; Martínez-Suárez, Ferrando, Lemos, Inda Caro, Paino-Piñeiro, y López-Rodrigo, 1999; van Kampen, 2006). En el caso de los modelos tetradimensionales se propone un factor Positivo (Experiencias Inusuales), un factor Negativo (Anhedonia Introversa), un factor de Desorganización Cognitiva y un factor de No Conformidad Impulsiva (Mason y Claridge, 2006) o Paranoide (Stefanis et al., 2004; Suhr y Spitznagel, 2001). Habitualmente, el factor Paranoide suele ir unido a un factor de Ansiedad Social (Cyhlarova y Claridge, 2005; Wolfradt y Straube, 1998). La dimensión positiva, en ocasiones, se suele disgregar apareciendo un factor de Pensamiento Mágico o Creencias Aberrantes (Cyhlarova y Claridge, 2005; Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez, Muñiz, Lemos Giráldez, y García-Cueto, 2007; Linscott y Knight, 2004; Rawlings et al., 2001). La variedad de los factores encontrados dependen en gran medida del instrumento utilizado para medir el constructo. En la actualidad, existen diferentes estudios que han empleado de forma conjunta varios tipos de autoinformes de medición de los rasgos esquizotípicos, encontrándose la solución tridimensional (positiva, negativa y desorganización), con o sin modificaciones, como la más adecuada y estable (Chen, Hsiao, y Lin, 1997; Suhr y Spitznagel, 2001; Wuthrich y Bates, 2006).

La dimensión positiva de la esquizotipia, también conocida como Experiencias Perceptuales Inusuales/Anómalas o Cognitivo-Perceptual, se refiere a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal. Recoge facetas del tipo de alucinaciones, ideación paranoide, ideas de referencia y trastornos del pensamiento. En cambio el factor Negativo, conocido como Anhedonia, Anhedonia Introversa o Déficit Interpersonales, se refiere a la disminución o déficit en la conducta normal de un sujeto. En él se encuadran facetas referidas a las dificultades para experimentar placer a nivel físico y social (anhedonia), afecto aplanado, la ausencia de confidentes íntimos y las dificultades en las relaciones interpersonales. La dimensión positiva se encuentra asociada a disfunciones temporo-límbicas, impulsividad, conducta antisocial (Dinn, Harris, Aycicegi, Greene, y Andover, 2002), y a síntomas de ansiedad y depresión, indicando un mayor riesgo a padecer problemas afectivos y trastornos psicóticos no afectivos (Lewandowski, Barrantes-Vidal, Nelson-Gray, Clancy, Kepley, y Kwapil, 2006). La dimensión negativa se encuentra asociada a déficit en las funciones frontales, ansiedad social y fenómenos obsesivo compulsivos (Dinn et al., 2002). Parece indicar un riesgo más específico a trastornos del espectro esquizofrénico (Lewandowski et al., 2006). Tanto la dimensión positiva como la dimensión negativa de la esquizotipia se han asociado con la vulnerabilidad genética a la esquizofrenia (Calkins, Curtis, Grove, y Iacono, 2004; Vollema, Sitskoorn, Appels, y Kahn, 2002). El factor Desorganización describe problemas del pensamiento, lenguaje extraño o inusual y conducta extraña. El factor No Conformidad Impulsiva valora aspectos relacionados con la rebeldía, la impulsividad y la extravagancia.

Como indica la Tabla 1, respecto a la relación de la esquizotipia y el tipo de muestra, existen estudios en niños y adolescentes (Cyhlarova y Claridge, 2005) y adultos (Badcock y Dragovic, 2006). Los participantes suelen ser estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (Fonseca-Pedrero et al., 2007) o universitarios (Lewandowski et al., 2006); aunque también existen estudios representativos con soldados de reemplazo (Stefanis et al., 2004), en parientes de primer grado de pacientes con esquizofrenia (Calkins et al., 2004; Compton et al., 2007) y en población psiquiátrica de otro tipo (Axelrod, Grilo, Sanislow, y McGlashan, 2001; Vollema y Hoijtink, 2000). El número de participantes oscila entre tamaños muestrales más bien reducidos (Mass et al., 2007) y estudios con una mayor representación (Suhr y Spitznagel, 2001).

La medida psicométrica más utilizada en los estudios factoriales es el *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) en sus dos versiones (Raine, 1991; Raine y Benishay, 1995). EL SPQ se ha utilizado en diferentes poblaciones, con diferentes características así como en conjunción con otras medidas de evaluación de la esquizotipia y con otros modelos estadísticos. Como indican Vollema y Hoijtink (2000), los datos en el SPQ parecen indicar una cierta convergencia hacia una estructura tripartita de la esquizotipia presentándose invariantes a través del sexo, la edad (Badcock y Dragovic, 2006; Fossati et al., 2003), la cultura (nacionalidad), la afiliación religiosa, la adversidad familiar, la psicopatología (Reynolds, Raine, Melling, Venables, y Mednick, 2000), la composición muestral y los modelos estadísticos (Vollema y Hoijtink, 2000).

Se constata una tendencia en la última década a realizar tanto análisis factoriales de tipo exploratorio como de tipo confirmatorio. Existe una clara equivalencia entre ambos tipos de análisis factoriales. De todos los estudios factoriales revisados, tan sólo existe un acercamiento desde el modelo multidimensional de Rasch (Vollema y Hoijtink, 2000) si bien existen otros aunque no con esta finalidad (Graves y Weinstein, 2004). No obstante, también se han realizado estudios utilizando el análisis de conglomerados (Barrantes-Vidal, Fañanás, Rosa, Caparrós, Riba, y Obiols, 2003).

Con respecto al estudio de la nacionalidad de los participantes en los estudios factoriales de la esquizotipia la revisión llevada a cabo indica la presencia de una amplia variedad de culturas. Existen estudios con participantes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2007), australianos (Wuthrich y Bates, 2006), americanos (Lewandowski et al., 2006), italianos (Fossati et al., 2003), alemanes (Wolfradt y Straube, 1998), asiáticos (Chen et al., 1997), griegos (Stefanis et al., 2004), neozelandeses (Linscott y Knight, 2004) e ingleses (Rawlings et al., 2001). La estructura de los rasgos esquizotípicos a través de las diferentes nacionalidades indica una cierta invarianza cultural, aportando un mayor peso en la validez transcultural del constructo.

Finalmente, como se ha mencionado más arriba, las dimensiones esquizotípicas varían en función del sexo y la edad de los participantes. En relación al sexo, las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres en los llamados síntomas positivos (Cyhlarova y Claridge, 2005; Mason y Claridge, 2006; Mass et al., 2007; Mata et al., 2005; Rawlings et al., 2001; Venables y Bailes,

1994), así como en las puntuaciones totales de algunos autoinformes (Claridge et al., 1996; Rawlings et al., 2001) y Ansiedad Social (Badcock y Dragovic, 2006; Fossati et al., 2003; Mass et al., 2007). En cambio, los hombres tienden a puntuar más elevado que las mujeres en la llamada dimensión negativa de la esquizotipia (Claridge et al., 1996; Linscott y Knight, 2004; Mason y Claridge, 2006; Venables y Bailes, 1994; Wuthrich y Bates, 2006) y en las subescalas del SPQ afecto aplanado, conducta extraña y falta de amigos íntimos (Badcock y Dragovic, 2006; Wuthrich y Bates, 2006). En relación con la edad, los estudios factoriales llevados a cabo en adultos, indican que el factor Negativo (p.ej Anhedonia Introversiva) está correlacionado positivamente con la edad mientras que el factor Positivo lo está negativamente (Mason y Claridge, 2006; Mata et al., 2005; Rawlings et al., 2001). Cuando se compara grupos de sujetos en función de la edad, los participantes jóvenes tienden a puntuar más alto en las escalas y/o dimensiones de la esquizotipia con respecto los participantes de mayor edad (Chen et al., 1997; Fossati et al., 2003; Venables y Bailes, 1994). Los estudios factoriales en adolescentes señalan cierta tendencia hacia la dimensión ideación o pensamiento paranoide (Cyhlarova y Claridge, 2005; Rawlings y MacFarlane, 1994; Suhr y Spitznagel, 2001; Venables y Bailes, 1994), si bien hay que indicar que las dimensiones esquizotípicas en este grupo de edad pueden formar parte de los propios procesos del desarrollo madurativo (DiDuca y Joseph, 1999).

RECAPITULACIÓN

El estudio de las dimensiones de la personalidad es un tema clásico al mismo tiempo que relevante en el campo de la psicología. En la investigación de la esquizotipia existen actualmente escasas revisiones teóricas que intenten integrar la ingente investigación al respecto. El objetivo del presente trabajo consistió en llevar a cabo una exploración de los principales análisis factoriales de la esquizotipia. La finalidad no fue otra que analizar la estructura y la naturaleza de la esquizotipia, en cuanto al número y el contenido de los factores, de cara a una mejor delimitación y comprensión del constructo y el estudio de sus paralelismos con la psicosis esquizofrénica. La importancia de la esquizotipia reside en la detección de personas vulnerables a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, en el estudio de síntomas similares a la esquizofrenia sin los efectos secundarios de la medicación, y en la mejora de la comprensión acerca de los

mecanismos que subyacen en la esquizofrenia así como los nexos de unión entre ambas entidades.

La revisión de los análisis factoriales pone de manifiesto que la esquizotipia es un constructo multidimensional concretado básicamente en tres o cuatro factores fenotípicamente similares a las encontradas en la esquizofrenia. La dimensión Positiva (Experiencias Inusuales) y la dimensión Negativa (Anhedonia) aparecen a lo largo de la literatura de forma consistente. La tercera (o incluso cuarta) dimensión se concreta en un factor de Desorganización, de No Conformidad Impulsiva (Asocial) o Paranoide (unido en ocasiones a un factor de Ansiedad Social). En algunos estudios el factor Positivo de la esquizotipia se separa constituyendo un único factor denominado Pensamiento Mágico o Creencias Aberrantes. Las relaciones entre los factores encontrados son múltiples, variadas y confusas, utilizándose en ocasiones términos similares para definir diferentes dimensiones. La variedad de estudios realizados en la última década pone de manifiesto la riqueza de este campo, en donde parece dibujarse una cierta coherencia en la naturaleza y estructura de la esquizotipia aunque todavía no es unitaria. La principal limitación hallada a la hora de realizar comparaciones entre los estudios factoriales se encuentra en el tipo y la cantidad de instrumentos, en la naturaleza de la muestra y en el modelo estadístico utilizado.

El *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ), en su versión larga y reducida, es la medida de evaluación de la esquizotipia más utilizada en los estudios factoriales revisados. Las muestras utilizadas son básicamente estudiantes universitarios en donde las dimensiones de la esquizotipia se comportan de forma distinta en función del sexo y la edad. Del mismo modo que ocurre en la esquizofrenia, las mujeres tienden a puntuar más elevado que los hombres en la dimensión positiva, mientras que los varones lo hacen en la dimensión negativa.

Las posibles limitaciones que se han observado en la revisión se encuentran a nivel metodológico. En primer lugar, existe un escaso número de investigaciones con muestras seleccionadas aleatoriamente de la población. En segundo lugar, la mayoría de las investigaciones se centran en población normal, sobre estudiantes universitarios de cursos introductorios a la psicología. En tercer lugar, existe una reducida utilización de otros modelos o técnicas estadísticas más recientes, como la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI). En cuarto lugar, y como se indicó previamente, los rasgos de la personalidad esquizotípica varían en función de ciertas características de

los participantes, existiendo escasos estudios que evalúen de forma sistemática el funcionamiento diferencial de los ítems (Guilera, Gómez, y Hidalgo, 2006).

La esquizotipia ha generado una línea de investigación propia en lo que concierne al estudio de su estructura, naturaleza y relaciones con otros constructos. Los estudios de la esquizotipia se podrían concretar en tres periodos. En un primer momento, se crearon escalas para evaluar rasgos semejantes a la esquizofrenia como las escalas del grupo de la Universidad de Wisconsin-Madison, antes mencionadas. Posteriormente, se han creado escalas de medición de la esquizotipia desde un punto de vista multidimensional y comprensivo de propensión a la psicosis, como el caso del *Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences* (O-LIFE) (Mason, Claridge, y Jackson, 1995). En un tercer momento, en el que nos hallamos, se están realizando análisis factoriales de tipo confirmatorio así como análisis factoriales empleando conjuntamente diferentes autoinformes que evalúan las dimensiones de la esquizotipia. También se están llevando a cabo estudios en unión con otras escalas que miden constructos relacionados con los rasgos esquizotípicos como las experiencias disociativas (Pope y Kwapil, 2000), el trastorno obsesivo compulsivo (Suhr, Spitznagel, y Gunstad, 2006), el Asperger (Hurst, Nelson-Gray, Mitchell, y Kwapil, 2006), o la sintomatología ansiosa-depresiva (Lewandowski et al., 2006).

En un futuro próximo, en el campo de la esquizotipia se deberían tener en cuenta dichas limitaciones metodológicas. La relación de la esquizotipia junto con otros constructos psicopatológicos (p.ej. trastorno obsesivo compulsivo) es interesante de cara a la práctica clínica y a los estudios de comorbilidad. La realización de estudios factoriales conjuntos empleando diferentes tipos instrumentos de evaluación de la esquizotipia parece también tener sentido de cara a la unificación del constructo. La globalización e internacionalización trae parejo el aumento del número de adaptaciones y traducciones de tests de unas culturas a otras. Es necesario realizar adaptaciones y traducciones rigurosas siguiendo las directrices de la *International Test Commission* (Muñiz y Hambleton, 1996). Los estudios en donde se compare la esquizotipia a través de las diferentes culturas revisten de gran relevancia de cara a una mejor comprensión de la naturaleza transcultural de la esquizotipia. Finalmente, los instrumentos de evaluación de la esquizotipia deberán mostrar su valor predictivo, sensibilidad y especificidad en estudios independientes de

cara a una detección e intervención temprana en personas con vulnerabilidad a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (BES-2006-12797, SEJ 2005-08924, SEJ-2005-08357), y por la Consejería de Educación del Principado de Asturias (IB-05-02, COF05-005).

REFERENCIAS

- Álvarez López, E., y Andrés Pueyo, A. (2006). Instrumentos de evaluación clínica de la personalidad esquizotípica. *Interpsiquis 2006*.
- Axelrod, S. R., Grilo, M. C., Sanislow, C., y McGlashan, T. H. (2001). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and convergent validity in inpatient adolescent. *Journal of Personality Disorders, 15*, 168-179.
- Aycicegi, A., Dinn, W. M., y Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the Schizotypal Personality Questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 34-43.
- Badcock, J. C., y Dragovic, M. (2006). Schizotypal personality in mature adults. *Personality and Individual Differences, 40*, 77-85.
- Barrantes-Vidal, N., Fañanás, L., Rosa, A., Caparrós, B., Riba, M. D., y Obiols, J. E. (2003). Neurocognitive, behavioral and neurodevelopmental correlates of schizotypy clusters in adolescents from the general population. *Schizophrenia Research, 61*, 293-302.
- Calkins, M. E., Curtis, C. E., Grove, W. M., y Iacono, W. G. (2004). Multiple dimensions of schizotypy in first degree biological relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 317-325.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., y Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 103-115.
- Compton, M. T., Chien, V. H., y Bollini, A. (2007). Psychometric properties of the Brief version of the Schizotypal Personality Questionnaire in relatives with schizophrenia-spectrum disorders and non-psychotic control. *Schizophrenia Research, 91*, 122-131.
- Cyhlarova, E., y Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research, 80*, 253-261.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 374-382.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., Raulin, M. L., y Eckblad, M. (1994). Putatively Psychosis-prone Subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 399-407.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Rawlin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 399-407.
- Chapman, L. J., Edell, E. W., y Chapman, J. P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 639-653.
- Chen, W. J., Hsiao, C. K., y Lin, C. C. H. (1997). Schizotypy in community samples: The three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 649-654.
- DiDuca, D., y Joseph, S. (1999). Assessing schizotypal traits in 13-18 year olds: Revising the JSS. *Personality and Individual Differences, 27*, 673-682.
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., y Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research, 56*, 171-185.
- Eckblad, M., y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 215-225.
- Eckblad, M., Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison.
- Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A., Muñiz, J., Lemos Giráldez, S., y García-Cueto, E. (2007). Adaptación española del Thinking and Perceptual Style Questionnaire. Libro de Actas del X Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y del Comportamiento. Barcelona.
- Fossati, A., Raine, A., Carretta, I., Leonardi, B., y Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: Invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences, 35*, 1007-1019.
- Gooding, D. C., Kathleen, A. T., y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strate-

- gy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Graves, R. E., y Weinstein, S. (2004). A Rasch Analysis of three of the Wisconsin Scales of Psychosis Proneness: Measurement of schizotypy. *Journal of Applied Measurement*, 5, 160-171.
- Guilera, G., Gómez, J., e Hidalgo, M. D. (2006). Funcionamiento diferencial de los ítems: Un análisis bibliométrico de las revistas editadas en español. *Psicothema*, 18, 841-847.
- Heron, J., Jones, I., Williams, J., Owen, M. J., Craddock, N., y Jones, L. A. (2003). Self-reported schizotypy and bipolar disorder: Demonstration of a lack of specificity of the Kings Schizotypy Questionnaire. *Schizophrenia Research*, 65, 153-158.
- Hurst, R. M., Nelson-Gray, R. O., Mitchell, J. T., y Kwapil, T. R. (2006). The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a Non-clinical Adult Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Dec 6.
- John, J. P., Khanna, S., Thennarasu, K., y Reddy, S. (2003). Exploration of dimensions of psychopathology in neuroleptic-naive patients with recent-onset schizophrenia/schizophreniform disorder. *Psychiatry Research*, 121, 11-20.
- Johns, L. C., y van Os, J. (2001). The continuity psychotic experiences in the general population *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, M. C., Chapman, J. P., y Chapman, L. J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: A partial replication study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.
- Lemos Giráldez, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J., y Miller, T. J. (2006). Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-233.
- Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 121-135.
- 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.
- Lindenmayer, J. P., Brown, E., Baker, R. W., Schuh, L. M., Shao, L., Tohen, M., Ahmed, S., y Stauffer, V. L. (2004). An excitement subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 331-337.
- Linscott, R. J., y Knight, R. G. (2004). Potentiated automatic memory in schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 37, 1503-1517.
- Martinena Palacio, P., Blas Navarro, J., Medina, C., Baños Yeste, I., Sabañés, A., Vicens Vilanova, J., et al. (2006). Esquizotipia y memoria verbal en la población general adolescente. *Psicothema*, 18, 439-446.
- Martínez-Suárez, P. C., Ferrando, P. J., Lemos, S., Inda Caro, M., Paino-Piñero, M., y López-Rodrigo, A. M. (1999). Naturaleza y estructura del constructo esquizotipia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 615-637.
- Mason, O., y Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research*, 82, 203-211.
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- 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 research. *Personality and Individual Differences*, 42, 525-534.
- Mata, I., Mataix-Cols, D., y Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38, 1183-1192.
- McGlashan, T. H., y Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-222.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Muntaner, C., García-Sevilla, L., Fernández, A., y Torrubia, R. (1988). Personality dimensions, schizotypal and borderline traits and psychosis proneness. *Personality and Individual Differences*, 9, 257-268.
- Muñoz, J., y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Pope, C. A., y Kwapil, T. R. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosis-prone college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 530-536.

- 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 Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- 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.
- Rawlings, D., y MacFarlane, C. (1994). A multidimensional schizotypal traits questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 17, 489-496.
- Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P. H., y Mednick, S. A. (2000). Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 603-618.
- Stefanis, N. C., Smyrnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Ntzoufras, I., y Stefanis, C. N. (2004). Factorial composition of self-rated schizotypal traits among young males undergoing military training. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 335-350.
- 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.
- Suhr, J. A., Spitznagel, M. B., y Gunstad, J. (2006). An Obsessive-Compulsive subtype of Schizotypy: Evidence from a nonclinical sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 884-886.
- Vallina, O., Lemos Giráldez, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 185-221.
- van Kampen, D. (2006). The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research*, 84, 305-322.
- Venables, P. H., y Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.
- Venables, P. H., y Rector, N. A. (2000). The content and structure of schizotypy: A study using confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 587-602.
- Verdoux, H., y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Vollema, M. G., y Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: An analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.
- Vollema, M. G., Sitskoorn, M. M., Appels, M. C. M., y Kahn, R. S. (2002). Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 54, 39-45.
- Wolfradt, U., y Straube, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal traits among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.
- 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.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva.