

ARTICULOS

El estudio de la esquizotipia desde las perspectivas correlacional y cognitiva

The study of schizotypy from the correlational and cognitive perspectives

MARÍA LUISA SÁNCHEZ BERNARDOS

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es situar el estudio de la esquizotipia en un marco de referencia conceptual en el que se revisan los resultados de la investigación correlacional de la última década desde planteamientos dimensionales. En esta perspectiva se considera la esquizotipia como una manifestación exagerada de fenómenos que, de forma más atenuada, se presentan también en poblaciones normales, y como conjunto de características que, a su vez, podrían constituir una predisposición a la psicosis. El factor más claramente implicado es el de «percepciones y creencias extrañas». Por otra parte, el empleo de paradigmas de la psicología cognitiva ha permitido analizar específicamente esta característica de experiencias extrañas asociada a la esquizotipia. El resultado de este esfuerzo ha sido la hipótesis del déficit de inhibición selectiva en el procesamiento de la información como sustrato cognitivo de este trastorno grave de la personalidad. Ambos enfoques resultan complementarios ya que los dos parten del supuesto de continuidad normal-patológico.

ABSTRACT

The aim of this paper is to place the study of schizotypy in a twofold theoretical framework. On one hand, it places the study of schizotypy within the theoretical framework of correlational studies developed

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid.

during the last decade. From this perspective, schizotypy is considered as an outstanding sign of an otherwise normal phenomenon. This set of characteristics could, in turn, make subjects prone to psychosis. Being the most prominent characteristic «unusual perception/believes». On the other hand, the paper shows that due to the paradigms of cognitive psychology it is possible to analyze in detail this characteristic (unusual experiences) associated to schizotypy. As a result, a hypothesis has been stated about the deficit of selective inhibition in the information process. This deficit is a cognitive underpinning of this severe personality disorder. Since both approaches assume the normal-pathological continuum, they become complementary.

PALABRAS CLAVE

Esquizotipia, Experiencias poco usuales, Paradigma de «priming» negativo, Déficit de inhibición selectiva.

KEY WORDS

Schizotypy, Unusual Experiences, Negative Priming Paradigm, Selective Inhibition Deficit.

El trastorno esquizotípico de la personalidad se refiere a un conjunto de características conductuales, afectivas y cognitivas excéntricas que han hecho que este trastorno se incluya, junto con el trastorno esquizoide y el paranoide, en el llamado «grupo excéntrico» o «grupo extraño» del DSM-IV (puede encontrarse una buena introducción, en español, en Bernstein, 1996). En general la esquizotipia suele entenderse como un conjunto de manifestaciones que se asemejan a la esquizofrenia sin llegar a manifestarse abiertamente como una psicosis; si bien dentro de los trastornos de la personalidad, el trastorno esquizotípico está considerado, junto con el paranoide y el límite, un trastorno grave (Millon, 1981). Del grupo extraño el trastorno esquizotípico es el que cuenta con una coincidencia diagnóstica mayor (Morey, 1988).

El objetivo de este trabajo es situar el estudio de la esquizotipia en un marco de referencia conceptual doble y complementario, habida cuenta de que tanto el enfoque correlacional como el paradigma de procesamiento de la información de la psicología cognitiva coinciden en el supuesto de continuidad normal-patológico.

La estructura dimensional de la esquizotipia

Muchas veces se ha discutido en el ámbito de la psicología clínica si en el estudio de los trastornos psicológicos es más adecuado emplear planteamientos categoriales o si, por el contrario, es preferible el estudio de aquéllos a partir de planteamientos dimensionales. Los sistemas categoriales consideran cada categoría como una entidad totalmente diferente de las demás; esto es, sin puntos intermedios entre lo normal y lo «anormal», emplean criterios restrictivos (como el DSM-IV) para asegurarse una cierta homogeneidad entre los elementos que van a formar parte de la categoría aun a costa de tener muchos casos que van a resultar «inclasificables». La ventaja indudable de los sistemas basados en categorías es que se manejan muy fácilmente en la práctica clínica (Vázquez, Ring y Avia, 1990). Los sistemas dimensionales, por su parte, consideran el trastorno como una variable continua en la que toda persona es susceptible de ocupar algún punto a lo largo de ese continuo. Parece que los acercamientos dimensionales han ganado terreno a los categoriales, al menos en el ámbito de la investigación (véase Widi-

ger y Frances, 1994, por lo que a los trastornos de personalidad se refiere).

En este sentido, el continuo normal-patológico se ha invocado muchas veces para poner de manifiesto que dado que la patología representa un polo de dicho continuo, cabe encontrar las mismas características en uno y otro polo con la diferencia que les confiere el grado. Hace ya algún tiempo Millon (Millon, 1981; Millon y Everly, 1985 p. 39) utilizaba una idea de este continuo que ilustra de manera atractiva lo que pretendo decir. Planteaba un gráfico en el que el patrón normal de personalidad «*inhibida*» (individuos en estado aparente de alerta, retraídos desde el punto de vista interpersonal, preocupados y solitarios) podía continuar con las características de personalidad relacionadas con el trastorno de «*evitación*», y éste, a su vez, hacerlo hacia el trastorno «*esquizotípico*». En el mismo gráfico se sugería también otra «*vía*» para llegar a la esquizotipia; ésta partía del patrón normal de personalidad «*introvertida*», pasaba por el trastorno «*esquizoide*» y llegaba, finalmente, al «*esquizotípico*». De esta manera se da a entender que el trastorno de evitación es una variante más grave que el patrón de persona-

lidad normal inhibido; a su vez, el patrón esquizotípico resulta más grave que la variante que representa el trastorno de la personalidad evitativa. Lo mismo cabe decir respecto al continuo introvertido-esquizoide-esquizotípico. Creo que en este planteamiento que hacía Millon hay dos ideas básicas. La primera tiene que ver con el continuo propiamente dicho, esto es, que la introversión, por ejemplo, es una característica de personalidad normal, por sí misma no implica desajuste alguno, ahora bien una introversión exagerada hasta el punto de ser una característica prototípica es la que se encuentra en el trastorno esquizoide (bien es cierto que aquí tampoco la introversión por sí sola dice mucho, sino que va asociada con otras características) y en grado sumo podemos encontrarla (una vez más combinada con otras variables) en la esquizotipia. La segunda idea es que la «*vía*» de llegada a la esquizotipia no es una única, más bien lo que sucede es que la variabilidad en el ámbito de la normalidad (esto es, los patrones de personalidad inhibido e introvertido) produce también variabilidad de formas en la presentación del trastorno, ¿por qué habría que esperar que la patología redujera las muchas formas en que se presentan las

características normales?. En este sentido, Millon y Everly (1985) concluían que el trastorno esquizotípico «puede ser considerado como resultado del deterioro de un trastorno esquizoide o por evitación».

En este marco dimensional, con el sustrato del continuo normal-patológico como telón de fondo, se considera que algunas características de personalidad podrían ser elementos de predisposición a la psicosis. La variable que cuenta con una mayor tradición en una consideración de variables que predisponen a la enfermedad psicótica es el Psicoticismo de Eysenck entendida como una dimensión general de personalidad.

Durante la década de los 80 se ha producido un fuerte incremento del interés por estudiar medidas capaces de detectar rasgos psicóticos en individuos normales. El ámbito de la esquizotipia es un buen terreno para este interés desde que Rado (1953) planteara el concepto para referirse a la disposición genética a la esquizofrenia. Los primeros intentos por acceder a la medida de la esquizotipia con cuestionarios específicos diseñados para evaluar las características propias de este trastorno se deben a Golden y Meehl (1979). Ambas tradiciones, la

más restringida y específica de Meehl y la más general de Eysenck, han ido convergiendo en las llamadas genéricamente escalas de «proclividad a la psicosis» (Chapman, Chapman y Miller, 1982).

Una de las más conocidas de estas escalas es el Composite Schizotypal Traits Questionnaire (CSTQ) de Bentall, Claridge y Slade (1989) que combina 14 escalas de rasgos psicóticos con la escala de psicoticismo de Eysenck. El empleo de este cuestionario puso de manifiesto la naturaleza multidimensional de la esquizotipia, esto es, la existencia de cuatro componentes: el primero de ellos relacionado con la sintomatología positiva de la esquizofrenia (los aspectos cognitivos y perceptivos de la esquizotipia), el segundo con la sintomatología negativa (un componente anhedónico), el tercero con aspectos de ansiedad social y desorganización cognitiva y, el último, con un componente asocial, relacionado con inconformismo e impulsividad y explicado únicamente por la escala de psicoticismo de Eysenck.

Las escalas STA y STB de Claridge (Schizotypal Personality and Borderline Personality, STQ, Claridge y Broks, 1984) reflejan las descripciones del

DSM III-R para la personalidad esquizotípica y borderline respectivamente. Posteriormente, Mason, Claridge y Jackson (1995) han elaborado una escala basada en el STQ y en el CSTQ que consta de 4 subescalas elaboradas para maximizar las buenas propiedades psicométricas de los trabajos previos y medir los distintos aspectos de la esquizotipia de la manera más específica posible. Describimos a continuación brevemente el contenido de las cuatro escalas.

Experiencias poco usuales. Se trata de una escala que consta de ítems relacionados con pensamiento mágico, experiencias perceptivas y alucinatorias consistentes con los síntomas «positivos» de la psicosis: «¿Le sucede a veces que sus pensamientos le sugieren automáticamente una gran cantidad de ideas?», «¿Ha tenido alguna vez la sensación de recibir o perder energía si ciertas personas le miran o le tocan?», «¿Se ha sentido alguna vez como si tuviera poderes especiales, casi mágicos?», «¿Es su audición tan sensible que a veces los sonidos se le hacen insoportables?»

Desorganización cognitiva describe dificultades con atención, concentración y toma de decisiones, además de falta de

sentido en la vida y ansiedad social: «¿Ha sentido alguna vez que lo que dice no se entiende porque las palabras están todas mezcladas y no tienen sentido?», «¿Está algunas veces tan nervioso que se siente bloqueado?», «¿Se siente fácilmente herido si los demás le cuestionan o cuestionan su trabajo?», «¿Le pasa a veces que, por mucho que procure concentrarse, se le vienen a la mente pensamientos raros?»

Anhedonia describe la falta de emociones positivas en las relaciones sociales. Sus características fundamentales son la ausencia de placer en la intimidad emocional y física, y el énfasis en la independencia y soledad: «¿Se siente muy unido a sus amigos?», «¿Piensa que es mejor para las personas no implicarse emocionalmente con los demás?», «¿Tiene aficiones o disfruta haciendo cosas?», «¿Se considera demasiado independiente como para implicarse con los demás?»

Impulsividad inconformista recoge las características desinhibidas y dirigidas por impulsos, hace referencia a conductas violentas o excesivas: «¿Suele llevar la contraria a los demás aunque sepa que ellos están en lo cierto?», «¿Come o bebe en exceso?», «¿Siente a veces la

necesidad de tirar o romper cosas?», «¿Diría usted que su estado de ánimo es siempre ni muy alto ni muy bajo?»

Estas dimensiones tienen cierta relación con la edad y el sexo de los sujetos. Así en una muestra de 1.095 sujetos normales, Mason, Claridge y Jackson (1995) encontraron que los hombres puntuaban significativamente más que las mujeres en los aspectos asociales: impulsividad y anhedonia, mientras que las mujeres lo hacían en los síntomas positivos: experiencias poco usuales y desorganización cognitiva. Por otro lado, se vio que los rasgos esquizotípicos tendían a disminuir con la edad, excepto la anhedonia que se incrementaba con la edad de los sujetos.

Habida cuenta de la dispersión de variables relacionadas con el patrón esquizotípico que han llenado el campo de estudio, recientemente Claridge y su grupo (1996) han llevado a cabo un amplio estudio factorial en el que incluyen tanto variables específicas diversas como las escalas de personalidad de Eysenck. La tabla 1 muestra los principales resultados obtenidos en este estudio.

El primer factor recuerda los síntomas positivos de la esquizofrenia: aberración perceptiva,

ideación mágica y alucinaciones. Es en este factor donde se encuentra la escala de esquizotipia propiamente dicha. El segundo factor está formado por introversión, neuroticismo y las escalas de Claridge que miden características de personalidad tendentes al psicoticismo (esquizotipia y borderline), es claramente un factor de inestabilidad emocional. El tercer factor define un componente de conducta antisocial con impulsividad, el factor estrechamente relacionado con el Psicoticismo de Eysenck. El último factor, por su parte, describe un conjunto de características relacionadas con la anhedonia, es decir, la falta de interés en las relaciones interpersonales, el gusto por la soledad y la ausencia de sentimientos (rasgos característicos de la personalidad esquizoide presentes en la esquizotipia) en un contexto de introversión. En el ámbito clínico este último factor se correspondería con los rasgos negativos de la esquizofrenia.

El componente más fuerte de proclividad a la psicosis que emerge en todos estos estudios (excepto en los del propio Eysenck) es el de «percepciones y creencias extrañas» o «experiencias poco usuales», si bien la manera de nombrarlo

TABLA 1
Matriz factorial rotada (Oblimin).
Tomado con modificaciones de Claridge et al. (1996)

	Factores			
	1	2	3	4
Extraversión	.25	-.33	.30	-.53
Neuroticismo	.05	.84	.09	-.06
Psicoticismo	.17	-.11	.61	.27
Esquizotipia	.65	.44	.00	-.07
Borderline	.24	.48	.48	-.02
Anhedonia Social	.22	.05	-.07	.68
Anhedonia Física	-.15	-.02	.11	.58
Ideación Mágica	.91	-.04	-.06	.00
Aberración Perceptiva	.76	.03	.01	.06
Escala de Alucinaciones	.78	.15	-.05	-.08

En negrita, pesos factoriales > 0.30.

Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo (EPQ; Eysenck y Eysenck, 1975); Esquizotipia, Borderline (STQ; Claridge y Broks, 1984); Anhedonia Social, Anhedonia Física (Chapman, Chapman y Raulin, 1976); Ideación Mágica (Eckblad y Chapman, 1983); Aberración Perceptiva (Chapman, Edell y Chapman, 1980); Escala de Alucinaciones (Launay y Slade, 1981).

apela unas veces al contenido de las creencias, a las experiencias perceptivas, o a los estilos de pensamiento. Parece como si esta característica relacionada con las percepciones y creencias extrañas fuera el único elemento necesario como disposición a la psicosis (Claridge et al., 1996, p.113). Este componente es, además, el único relacionado con el pensamiento referencial (ideas de culpa y referencia) como se ha puesto de manifiesto recientemente (Lenzenweger,

Bennett y Lilienfeld, 1997).

A veces es frecuente encontrar algunos fenómenos que acompañan a estas disposiciones tales como una hipersensibilidad a sonidos y olores, alteraciones de la conciencia relacionadas con el campo visual, con sensaciones en el cuerpo etc. (Mason, Claridge y Williams, 1997). McCreery y Claridge (1996) utilizaron dos grupos de sujetos normales emparejados entre sí en variables como edad, sexo, etc. Uno de estos grupos estaba for-

mado por personas que decían haber tenido alguna experiencia «fuera del cuerpo»; el otro grupo actuó como control. Los autores emplearon un procedimiento de inducción en el que se sometía a los sujetos a una situación de ligera restricción sensorial y relación física. Los resultados mostraron que los sujetos del grupo que decían haber tenido alguna experiencia anómala eran más proclives que los sujetos del grupo control a informar de que en la situación de inducción habían experimentado visiones raras y experiencias anómalas. Estos eran los sujetos que puntuaban alto en la escala de esquizotipia. Los autores han acuñado el término de «esquizotipia feliz» para designar a aquellas personas relativamente bien ajustadas que son funcionales a pesar de estas experiencias poco usuales.

No sólo las experiencias disociativas sino también las propias creencias parecen tener un contenido extraño (creencias en fenómenos paranormales, creencias supersticiosas, etc.) en la esquizotipia (Thalbourne, 1994; Wolfradt, 1997).

El papel de otros componentes algo menos específicos, como los rasgos asociales, que está presente en la definición que Eysenck hace del Psicoticismo, podrían combinarse e inte-

ractuar con estas experiencias y creencias poco usuales para definir la vulnerabilidad a formas concretas de enfermedades psicóticas .

La esquizotipia en el contexto de las variables generales de personalidad

Como los demás trastornos de la personalidad, la esquizotipia ha sido analizada a la luz del modelo de los Cinco Factores de personalidad que, probablemente, es en la actualidad el que goza de mayor capacidad para relacionar variables que han solido estar relativamente aisladas entre sí. Recientemente se ha planteado que es el modelo que dispone de más apoyo empírico para dar cuenta de la configuración de los trastornos de personalidad (O'Connor y Dyce, 1998).

Existe una gran coincidencia del perfil esquizotípico por lo que a cuatro de los cinco factores se refiere, tanto si se ha empleado una muestra normal (Costa y McCrae, 1990), como si se ha utilizado una muestra clínica (Trull, 1992). Así, se trata de individuos con tendencia a la introversión (-E), inestables emocionalmente (+N) y antagónicos o insensibles a las relaciones interpersonales (-A), esta última relación resulta más acu-

sada en la muestra clínica. La variable relacionada con la persistencia de la conducta dirigida a metas (R) resulta siempre independiente de la esquizotipia. En cambio, las relaciones del trastorno esquizotípico con Apertura a la experiencia, el quinto factor, son menos claras (véase Sánchez Bernardos, 1995 para una revisión más detallada). Este resultado cabe atribuirlo en parte al hecho de que el factor de Apertura es el más controvertido y menos entendido de los cinco.

Wiggins y Pincus (1989,1994) analizaron la estructura factorial resultante de considerar todos los trastornos de personalidad a la luz de los instrumentos de medida más utilizados: el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y el Neuroticism, Extraversion, and Openness Personality Inventory (NEO-PI) para su diagnóstico. Los resultados mostraron que Apertura a la experiencia (medida con NEO-PI) y Esquizotipia (medida con MMPI) se agrupaban solas en un único factor. Ello vendría a indicar que la esquizotipia podría ser una forma posible de ser muy abierto a la experiencia (McCrae,1994; cf. O'Connor y Dyce, 1998).

Dado que Apertura consta de varias facetas, las personas

pueden diferenciarse en su manera de ser abiertas: abiertas a las ideas, a las acciones, a las experiencias estéticas etc. Sin embargo, no todos estos dominios en los que se manifiesta el hecho de ser abierto parecen tener las mismas repercusiones en el patrón esquizotípico de personalidad. Aunque en los primeros trabajos correlacionales que abordaban las relaciones entre Apertura y trastorno esquizotípico se supuso que la apertura a las ideas podía ser una buena candidata a ser el sustrato dimensional en el que apoyar la esquizotipia, los resultados empíricos parecen señalar alguna faceta alternativa sobre la que recientemente los datos empiezan a converger (Avia y Sánchez Bernardos, 1995; Carrillo, Rojo, Sánchez Bernardos y Avia, 1998); se trata de la faceta de fantasía, sustrato idóneo, por otra parte, ya que algunas manifestaciones psicóticas tienen su asiento en esta dimensión de la naturaleza humana (véase, por ejemplo, Castilla del Pino, 1998).

La riqueza teórica de la capacidad para la fantasía que tenemos los seres humanos es muy amplia. Probablemente los sueños y las pesadillas son manifestaciones comunes de dicha capacidad. En este sentido Claridge, Clark y Davis (1997) han explorado las relaciones entre

esquizotipia y pesadillas y han encontrado que, efectivamente, existen correlaciones estadísticamente significativas entre ambas. Según Hartmann (1991) las personas que padecen pesadillas son muy sensibles al entorno, lo cual también puede tener una faceta positiva, la de hacer de ellos personas más imaginativas y creativas. Esta sensibilidad especial parece asociada con cierta riqueza en la experiencia normal de sueño y con medidas de «capacidad para la absorción», o proclividad a la fantasía (Belicki, 1992). Recientemente Wolfradt (1997) ha encontrado que los individuos esquizotípicos que tienen creencias extrañas son muy susceptibles a la absorción.

El cuestionario de Hartmann se solapa con muchas de las características de las escalas de proclividad a la psicosis y especialmente con la esquizotipia. Aunque las relaciones que he planteado podrían considerarse en un marco más amplio, advirtiendo, por ejemplo, que la proclividad a la fantasía y la tendencia a experimentar pesadillas podrían estar relacionadas más bien con una variable general como el Neuroticismo, y desde luego así es según algunos resultados (Berquier y Ashton, 1992; Claridge, Clark y Davis 1997), merece la pena destacar

que ninguno de los sujetos que participaron en los trabajos de Hartmann había desarrollado condiciones patológicas de tipo neurótico.

La estrategia correlacional expuesta hasta aquí ha permitido detectar los elementos más característicos de la esquizotipia de tal manera que, utilizando los instrumentos de evaluación, es posible seleccionar individuos con patrón esquizotípico que muestren el fenómeno que se va a estudiar empleando ya otros enfoques teóricos y otras metodologías distintas de la correlacional. En este sentido, una línea de investigación creciente en el estudio de la esquizotipia es la que representan un conjunto de estudios encaminados a detectar anomalías o formas peculiares de funcionamiento empleando tareas y métodos de diagnóstico de índole electrofisiológica o neuropsicológica. Una revisión amplia de estudios puede encontrarse en Claridge (1997).

En todos estos trabajos suele prestarse especial atención a la variable que, psicométricamente aislada tiene que ver con la forma peculiar de procesamiento de la información en estos sujetos. Así Lazarev (1998) ha encontrado un patrón EEG anómalo asociado con trastorno de

pensamiento en esquizotípicos (frente a ciclotímicos y normales) que traduciría exceso de excitación cortical junto con déficit de inhibición selectiva como base del trastorno esquizotípico. Se trata, en suma, del enfoque basado en el síntoma o el estudio de fenómenos concretos (Persons, 1986; Bentall, Jackson y Pilgrim, 1988) que está conociendo un gran auge de la mano de la psicología cognitiva.

El sustrato cognitivo de la esquizotipia: El déficit de inhibición selectiva

Frith (1979) había propuesto para la esquizofrenia un modelo de filtro defectuoso, o procesos inhibitorios defectuosos, que dado su mal funcionamiento, permitiría el acceso a la conciencia de información irrelevante; de tal manera que esta hiperconsciencia daría lugar a que, en determinadas situaciones experimentales, el resultado de estos individuos, en términos de tiempo de reacción, fuera mejor que el rendimiento normal. Beech, Powell, McWilliam y Claridge (1989) fueron de los primeros en aplicar el paradigma de «priming» negativo, tomando como referencia la psicología cognitiva, para comprobar las propuestas de Frith. Sus resultados pusieron de manifiesto que

los sujetos esquizofrénicos, en contraposición a los sujetos normales y a otros pacientes psiquiátricos, no mostraban efecto de «priming» negativo, esto es, su rendimiento era «mejor» que el de los controles.

La tarea de «priming» negativo (o «facilitación» negativa) es, generalmente, como sigue: un distractor (normalmente el color en que está escrita la palabra en la tarea Stroop) que previamente se ha ignorado (porque se ha pedido al sujeto que nombre la palabra -pero no el color en que está escrita dicha palabra-) se presenta luego como estímulo al que hay que responder (estímulo «diana»). En esta condición, el resultado en sujetos normales es que el tiempo de reacción a este estímulo, antes ignorado y ahora objeto de atención, es mayor que los tiempos de reacción a estímulos (distractores y estímulos «diana») independientes entre sí. Ello significa que el color de la palabra que, inicialmente, ha sido «considerado» como irrelevante para el procesamiento de la información ha quedado excluido del mismo, es decir, han tenido lugar procesos inhibitorios que se encargan de liberar al sistema de procesamiento de la información que no es necesaria para los fines actuales. Ahora bien, ¿qué pasaría si esa infor-

mación irrelevante en su momento no hubiera sido deseada, si todavía siguiera activa en el sistema?. La idea es que dicha información «entorpecería» el procesamiento subsiguiente de una manera singular. Esto es, se traduciría en el rendimiento de los sujetos haciendo que sus tiempos de reacción a estos estímulos, antes ignorados y ahora presentados como estímulos «diana», fueran menores que ante estímulos (distractores y estímulos «diana») independientes entre sí. Así, la representación del estímulo «irrelevante» funcionaría como un facilitador de la información subsiguiente produciendo, por tanto, una notable reducción del efecto de «priming» negativo. Esto es lo que sucede en el caso de sujetos esquizofrénicos y esquizotípicos (Beech et al., 1989; Peters, Pickering y Hemsley, 1994; Williams, 1995).

Por tanto, las percepciones poco usuales de la esquizotipia (o síntomas positivos) podrían deberse a un fallo de los mecanismos que actúan como filtro de la información irrelevante para los fines actuales, produciendo desinhibición de representaciones que deberían estar normalmente inhibidas. En cambio, ninguna escala de esquizotipia negativa (excepto la ansiedad social, considerada como tal

en el Schizotypal Personality Questionnaire, SPQ, Rayne, 1991) parece asociada con el «priming» negativo. Se sugiere, por tanto, que la ansiedad social podría constituir un epifenómeno de la sintomatología positiva y que el «priming» negativo señala un correlato neuropsicológico de la esquizotipia positiva (Moritz y Mass, 1998).

Si la hipótesis de la inhibición selectiva apoya la idea de un sistema atencional deficitario en el procesamiento de la información que tendría lugar en una fase temprana de éste, existen también hipótesis alternativas que sitúan el déficit mucho más tardíamente. En concreto, Evans y Claridge (1997) han planteado que en algunos grupos clínicos y en sujetos con altas puntuaciones en esquizotipia se observa una activación de información semántica aberrante. Una aproximación de este tipo permitiría explicar la ocurrencia de alucinaciones y otros síntomas positivos a la vez que situaría el estudio de la esquizotipia en el grupo de trastornos relacionados con el procesamiento de la información relacionado con la memoria semántica.

Reflexiones finales

Creo que en el estudio de la esquizotipia está pasando algo parecido a lo que ha sucedido

en el estudio de la esquizofrenia: no hay campo o explicación en el que no se haya llevado a cabo algún trabajo en los últimos veinte años. Esta búsqueda un tanto errática de anomalías subyacentes a los resultados psicométricos amplía en extensión el marco de estudio, pero muchas veces contribuye más al desánimo del lector que a su comprensión del fenómeno. En ocasiones es tal la prolijidad de los trabajos que es difícil separar la técnica concreta de estudio, del paradigma experimental empleado y del mecanismo básico que se está intentando rastrear.

En este sentido, se echa de menos un modelo de funcionamiento básico, aunque fuera restringido a la sintomatología positiva y, por tanto, elaborado a partir de un enfoque centrado en estudiar fenómenos en vez de categorías clínicas. Dicho modelo permitiría ir incluyendo los resultados de estos trabajos que persiguen correlatos neuropsicológicos o cognitivos. De esta manera no solo lograríamos una mejor comprensión de los fenómenos patológicos bajo estudio, sino que, volviendo a las razones expuestas al principio de este trabajo acerca del continuo normal-patológico, también se mejoraría y ampliaría nuestro conocimiento de la normalidad, del que tan carentes estamos.

Los nuevos datos serían siempre un banco de prueba para el modelo o modelos contendientes en el que tendrían cabida tanto los mecanismos periféricos como los mecanismos más centrales, y tanto su funcionamiento normal como su vertiente patológica.

Por último, mientras no se demuestre lo contrario, podría suceder que algunos de los mecanismos cognitivos implicados no solo sirvieran a una única función. La idea fundamental es que la enfermedad psicótica es una posible forma en la que puede resolverse la esquizotipia, pero no la única (Claridge, 1997; Claridge y Beech, 1995). Incluso la tendencia de las personas esquizotípicas a padecer pesadillas podría estar relacionada desde el punto de vista de los mecanismos implicados con el déficit de inhibición selectiva y, en cuanto su producto final o forma de expresión, con algunas obras creativas. Me parece que muchas de las características de personalidad que he ido exponiendo a lo largo del texto se concitan en las obras del Surrealismo. Valga como ejemplo el siguiente extracto de la autobiografía de Luis Buñuel («Mi último suspiro», 1982): «Adoro los sueños, aunque mis sueños sean pesadillas y eso

son las más de las veces..... Esta locura por los sueños, por el placer de soñar, que nunca he tratado de explicar, es una de las inclinaciones profundas que me han acercado al surrealismo. *Un chien andalou* nació de la convergencia de uno de mis sueños con un sueño de

Dalí. Posteriormente he introducido sueños en mis películas tratando de evitar el aspecto racional y explicativo que suelen tener. Un día dije a un productor mexicano, a quien la broma no hizo mucha gracia: «Si la película es demasiado corta, meteré un sueño».

REFERENCIAS

- Avia, M.D. y Sánchez Bernardos, M.L. (1995). Personalidad y Psicopatología: los problemas psicológicos y la personalidad sana. En M.D. Avia y M.L. Sánchez Bernardos (Eds.). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales* (pp. 449-462). Madrid: Pirámide.
- Beech, A., Powell, T., McWilliam, J. y Claridge, G. (1989). Evidence of reduced «cognitive inhibition» in schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 109-116.
- Bentall, R.P., Claridge, G., S. y Slade, P.D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 363-375.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of «schizophrenia»: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 592-597.
- Bernstein, D. (1996). Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: el grupo extraño del DSM-IV. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrolles (Dir.). *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Vol. 2: Trastornos de Personalidad, medicina conductual y problemas de relación (pp 35-61). Madrid: Siglo XXI.
- Berquier, A. y Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 246-250.
- Carrillo, J.M., Rojo, N., Sánchez Bernardos, M.L. y Avia, M.D. (1998). *Around Openness to experience: Its role in psychological adjustment*. 9th European Conference on Personality, Surrey, England.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the Five-Factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. y Miller, E.N. (1982). Reliabilities and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 187-195.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. y Raulin, M.L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 374-382.
- Chapman, L.J., Edell, W.S. y Chapman, J.P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration, and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 639-653.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implica-*

tions for illness and health. Oxford: Oxford University Press.

Claridge G. y Beech, A.R. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. En A. Raine, T. Lenz, y S.A. Mednick (Eds.). *Schizotypal Personality*. (pp. 192-216). Cambridge: Cambridge University Press.

Claridge, G. y Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function. I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 15, 633-648.

Claridge, G. Clark, K. y Davis, C. (1997). Nightmares, dreams and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386.

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. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.

Eckblad, M. y Chapman, L.J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.

Evans, J. y Claridge, G. (1997). Semantic activation and preconscious processing in schizophrenia and schizotypy. En G. Claridge (Ed.). *Schizotypy: Implications for illness and health*. (pp. 80-97). Oxford, England UK: Oxford University Press.

Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Londres: Hodder and Stoughton.

Frith, C.D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.

Golden, R.R. y Meehl, P.E. (1979). Detection of the schizoid taxon with MMPI indicators. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 217-233.

Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new psychology of personality*. New York: Basic Books.

Launay, G. y Slade, P. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.

Lazarev, V. (1998). On the intercorrelation of some frequency and amplitude parameters of the human EEG and its functional significance. *International Journal of Psychophysiology*, 29, 277-289.

Lenzenweger, Mark.F., Bennett, M.E., Lilienfeld, L.R. (1997). The Referential Thinking Scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological-Assessment*, 9, 452-463.

Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 1-13.

Mason, O., Claridge, G. y Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. En G. Claridge (Ed.). *Schizotypy: Implications for illness and health*. (pp.19-37). Oxford: Oxford University Press.

McCrae, R. (1994). A reformulation of axis II: personality and personality related problems. En P.T. Costa y T.A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. (pp. 303-309). Washington, APA.

McCreery, C. y Claridge, G. (1996). A study of hallucination in normal subjects-I. Self report data. *Personality and Individual Differences*, 21, 739-747.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM-III: Axis II*. Nueva York: Wiley.

Millon, T. y Everly, G. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. London: John Wiley (Trad. cast.: La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca, 1994).

Morey, L. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145, 573-577.

Moritz, S. H. y Mass, R.J. (1998). Further evidence of reduced negative «priming» in positive schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 24, 521-530.

O'Connor, B.P. y Dyce, J.A. (1998). A test of models of Personality Disorder configuration. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 3-16.

Persons, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.

Peters, E.R., Pickering, A.D., y Hemsley, D. R. (1994). Cognitive inhibition and positive symptomatology in schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 33-48.

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-421.

Rayne, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.

Sánchez Bernardos, M.L. (1995). Los trastornos de personalidad y el modelo de los cinco factores: relaciones empíricas. *Clínica y Salud*, 6, 175-188.

Thalbourne, M.A. (1994). Belief in the paranormal and its relationship to schizophrenia-relevant measures: A confirmatory study. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 78-80.

Trull, T.J. (1992). DSM III-R personality disorders and the Five Factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.

Vázquez, C. Ring, J. y Avia, M.D. (1990). Trastornos de la personalidad. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Vol. II: Psiquiatría y Psicología Clínicas* (pp. 771-806). Madrid: McGraw-Hill.

Widiger, T.A. y Frances, A.J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. En P.T. Costa y T. A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the Five-*

Factor model (pp.19-40). Washington DC: APA.

Wiggins, J.S. y Pincus, A.L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 305-316.

Wiggins, J.S. y Pincus, A.L. (1994). Personality structure and the structure of personality disorders. En P.T. Costa y T.A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. (pp.73-94). Washington, APA.

Williams, L.M. (1995). Further evidence for a multidimensional personality dispositional to schizophrenia in terms of cognitive inhibition. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 193-213.

Wolfradt, U. (1997). Dissociative experiences, trait anxiety and paranormal beliefs. *Personality and Individual Differences*, 23, 15-19.

Wood, J.M. y Bootzin, R.R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 64-68.