

# Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia

José Gutiérrez Maldonado, Alejandra Caqueo Urizar\* y Marta Ferrer García  
Universidad de Barcelona y \* Universidad de Tarapacá (Chile)

Estudios previos indican que en familiares de pacientes con esquizofrenia aparecen rasgos de personalidad esquizotípica con mayor intensidad que en la población general. Existen escasos estudios transculturales sobre la esquizotipia. Es posible que algunos de sus componentes se distribuyan de manera diferente en poblaciones distintas a aquellas en las que se han construido la mayor parte de los instrumentos destinados a medirla, y que esas diferencias puedan hacer variar las relaciones entre esquizotipia y esquizofrenia. El objetivo de la investigación que se presenta es obtener información acerca de la presencia de rasgos esquizotípicos en familiares de pacientes con esquizofrenia, comparados con familiares de pacientes con otros trastornos, en una muestra de población rural latinoamericana. Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de tener en cuenta los factores culturales propios de la población estudiada para dar sentido a la relación entre esquizotipia y esquizofrenia.

*Schizotypy in relatives of patients with schizophrenia.* Previous studies indicate that relatives of patients with schizophrenia are more likely to present characteristics of schizotypal personality than the general population. Few transcultural studies of schizotypy have been carried out. Most instruments constructed to measure schizotypy have been applied in specific cultures; conceivably, in other populations its components may be distributed in different ways. These cultural differences may affect the relations between schizotypy and schizophrenia. The objective of this study is to obtain data on schizotypy in relatives of patients with schizophrenia and relatives of patients with other disorders in a Latin American rural population. The results suggest that cultural factors must be taken into account in order to establish the relationship between schizotypy and schizophrenia.

Los hallazgos sobre esquizotipia se han desarrollado tanto a partir de enfoques categoriales como dimensionales. El objetivo de la presente investigación es estudiar si los familiares de pacientes con esquizofrenia de una comunidad rural latinoamericana presentan niveles más altos en rasgos de esquizotipia (o de alguno de sus componentes) que los familiares de pacientes con otros trastornos.

En los años sesenta Paul Meehl, en su hipótesis sobre la esquizotaxia, plantearía la existencia de una serie de rasgos hereditarios, presumiblemente poligenéticos en su origen, que serían potenciadores de la esquizofrenia, y que elevarían la probabilidad de presentar una enfermedad clínicamente diagnosticable como la esquizofrenia (Meehl, 1962). Esta vulnerabilidad hacia la esquizofrenia está asociada a déficits en diferentes dominios, incluyendo síntomas negativos y déficits neuropsicológicos, que han sido hallados también en familiares de pacientes con esquizofrenia (Tsuang, Stone, Tarbox y Faraone, 2002; Vollema y Postma, 2002; Ammen, Prahara y Sinha, 2004).

Desde otra perspectiva, la personalidad esquizotípica ha sido relacionada con la esquizofrenia tanto histórica como conceptual, clínica y etiológicamente (Claridge, 1997; Ayman, Gardner,

Walsh, Kenneth y Kendler, 2001; Jiménez, Muela, García y Garrancho, 2004; Tsakanikos y Reed, 2005). La esquizotipia es un conjunto de rasgos de personalidad no patológicos semejantes a algunos de los signos y síntomas de la esquizofrenia, que se ha propuesto como un factor predictor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad (Lemos, Inda, López, Paño y Besteiro, 1999).

Las investigaciones en esquizotipia desarrolladas a partir del enfoque dimensional intentan describir los rasgos en un reducido número de dimensiones subyacentes de carácter continuo. Desde esta perspectiva, los rasgos psicopatológicos aparecen también en las personas normales de manera más o menos intensa, persistente y perturbadora, pero no mediante formas cualitativamente diferentes (Lemos, 2000). En el caso de la esquizofrenia el enfoque dimensional deriva de las observaciones clínicas de las formas esquizotípicas que a menudo suelen preceder al inicio de la psicosis (Kendler, 1985).

De esta forma, el punto de vista dimensional o disposicional de los trastornos ha conducido a la consideración de los rasgos de personalidad esquizotípica como marcadores de vulnerabilidad de los trastornos del espectro esquizofrénico, en lo que se ha denominado «paradigma de alto riesgo» o «psicométrico» (Lenzenge y Korfine, 1992). Algunos de los estudios más recientes han encontrado altos niveles de rasgos esquizotípicos en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia, cuantificando estos rasgos a través de cuestionarios psicométricos de autoinforme (Raine et al, 1994; Kremen, Faraone, Tooney, Siedman y Tsuang, 1998; Vollema y Hoijsink, 2000; Yarilian et al, 2000; Calkins, Cur-

tis, Grove e Iacono, 2004; Sellen, Oaksford y Gray, 2005). Sin embargo, también han sido encontrados resultados opuestos. Jones et al (2000), por ejemplo, muestran que al evaluar la esquizotipia en 135 pacientes con esquizofrenia, 153 familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia y 267 personas sin historia personal ni familiar de patología psiquiátrica, no se observan diferencias entre los familiares y los sujetos control, pero sí entre los individuos con esquizofrenia y los controles.

En los análisis factoriales de los instrumentos que miden esquizotipia se observa la existencia de al menos dos dimensiones claramente distintas: la primera puede denominarse «distorsión de la realidad» y se asemeja a los aspectos positivos de la sintomatología esquizofrénica; la segunda se relaciona con los síntomas negativos, pudiendo considerarse una dimensión de «anhedonia social» y otros déficits afectivos y conductuales. Otras dimensiones, que incluyen características de no conformidad impulsiva, desorganización cognitiva y ansiedad social, no aparecen de manera consistente, lo que podría deberse, en parte, a la naturaleza y rango de las escalas de esquizotipia utilizadas en los diferentes estudios. También es posible que estas otras dimensiones incorporen simultáneamente características tanto positivas como negativas de la esquizotipia, pero que la utilización de diferentes medidas en los estudios factoriales no haya permitido definir las de forma precisa (Claridge, 1997; Raine et al, 1994; Lemos et al, 1999).

Se ha observado que los familiares de pacientes con esquizofrenia puntúan más alto que personas sin parentesco con pacientes con esquizofrenia en esquizotipia positiva, es decir, en ideación mágica y experiencias inusuales, sin establecerse diferencias en las dimensiones negativas y de desorganización cognitiva (Kremen et al, 1998; Vollema y Postma, 2002). Yarilian y cols. (2000) han encontrado que los componentes del factor de déficit cognitivo-perceptual, que permiten diferenciar a los familiares de pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico de los controles sin historia de trastorno psiquiátrico, son las «ideas de referencia» y las «experiencias inusuales».

Otro tipo de estudios sobre familiares se han realizado desde una perspectiva categorial. Algunos de estos estudios han examinado la frecuencia del trastorno esquizotípico de la personalidad en parientes biológicos de pacientes con esquizofrenia (Baron y Risch, 1987), y se ha observado que los síntomas esquizotípicos son más importantes en parientes de primer grado de pacientes con trastornos del estado de ánimo y en familiares de pacientes con esquizofrenia (Squires-Wheeler, Skodol, Bassett y Erlenmeyer-Kimling, 1989; Squires-Wheeler, Skodol, Friedman y Erlenmeyer-Kimling, 1988). Kendler y Gruenberg (1984), utilizando los criterios del DSM-III, encontraron el trastorno esquizotípico de la personalidad en un 10.5% de los familiares biológicos de los pacientes con esquizofrenia versus un 1.3% de otros familiares.

Para Grove et al (1991), los familiares de pacientes con esquizofrenia difieren significativamente de los familiares control, sin historia personal ni familiar de trastorno psiquiátrico, en la mayoría de las medidas de esquizotipia. En el estudio mencionado se encontró una prevalencia de trastorno esquizotípico en el 10%, de los familiares de pacientes con esquizofrenia, señalando que el aspecto central del trastorno esquizotípico es el aislamiento social y la dificultad interpersonal y no los aspectos de aberración cognitivo/perceptiva. De igual forma, Gunderson y Siever (1985) han propuesto que las características de dificultad social e interpersonal están más relacionadas con la predisposición genética a la esquizofrenia que los aspectos cognitivos/perceptuales.

Si bien en la mayor parte de los estudios se observan niveles más altos del trastorno esquizotípico de la personalidad en familiares directos de pacientes con esquizofrenia, los resultados de Coryell y Zimmerman (1988) no han sido concordantes con las investigaciones anteriores. Estos autores encontraron que la prevalencia de este trastorno entre familiares de pacientes con esquizofrenia era la misma que entre los familiares de pacientes con trastornos del estado de ánimo, e incluso que entre controles sanos. De manera interesante, la prevalencia del trastorno esquizotípico de la personalidad entre los parientes de pacientes esquizo-afectivos fue significativamente mayor que en los otros tres grupos.

Se observa que los estudios más antiguos muestran más síntomas negativos en los familiares de pacientes con esquizofrenia que los estudios más recientes. Estas discrepancias entre los estudios podrían estar relacionadas con la utilización de instrumentos diversos (Yarilian et al, 2000).

La presente investigación, como se comentó anteriormente, tiene como objetivo estudiar si los familiares de pacientes con esquizofrenia de una comunidad rural latinoamericana presentan niveles mayores de esquizotipia (o de alguno de sus componentes) que los familiares de pacientes con otros trastornos. Para ello se siguió el procedimiento que se describe a continuación.

## Método

### *Participantes*

Participaron 84 familiares, formando parte de dos grupos. El primer grupo está compuesto por 42 participantes (33 mujeres y nueve hombres), familiares directos de pacientes con esquizofrenia: 23 madres, cuatro padres, 11 hermanos y cuatro hijos. Sus edades oscilan en un rango de 22 a 76 años, con una media de 49.67 años y una desviación típica de 13,8. El segundo grupo está integrado por 42 participantes (25 mujeres y 17 hombres), familiares directos de pacientes con otros trastornos: un 59,5% son familiares de pacientes con depresión, un 11,9% de pacientes con trastorno de adaptación, un 11,9% de pacientes con trastorno por consumo de alcohol, un 7,1% de trastorno bipolar sin síntomas psicóticos y un 9,5% son familiares de pacientes con retraso mental. La distribución del parentesco fue la siguiente: nueve madres, cuatro padres, seis hermanos y 23 hijos. Las edades de estos familiares van de 16 a 81 años, con una media de 35.60 años y una desviación típica de 20,0. En ambos grupos se excluyeron a sujetos que presentaran o hubieran sido diagnosticados en el pasado con algún trastorno psiquiátrico. La totalidad de los familiares son beneficiarios del sistema público gratuito de atención, por lo que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

### *Instrumentos*

Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE) de Mason, Claridge y Jackson (1995). Compuesto por 159 ítems que se agrupan en cuatro escalas: Experiencias inusuales, Desorganización cognitiva, Anhedonia introvertida y Disconformidad impulsiva. Se utilizó una traducción y adaptación española realizada por Gutiérrez, Aguilar, Jarne y Aguilar (1997). Existe también una versión reducida de esta adaptación española (Gutiérrez, Aguilar, Aguilar, Barrantes y Obiols, 1998; Aguilar et al, 2002; Álvarez, Gutiérrez y Andrés, 2001).

### Procedimiento

Los familiares de pacientes con esquizofrenia fueron evaluados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Público Dr. Juan Noé de la ciudad de Arica, en Chile. Fueron presentados por la enfermera jefe de la Unidad de Psiquiatría, quien realiza el control mensual de estos pacientes. Posteriormente, la psicóloga a cargo del estudio explicaba el objetivo de la evaluación y procedía a invitar a los familiares a formar parte de la investigación. Los participantes fueron evaluados individualmente en un cubículo *ad hoc* para la actividad. Debido a que la mayoría de los familiares presentaban bajo nivel educativo, los ítems del inventario fueron leídos por la psicóloga a los familiares, puntuándose inmediatamente sus respuestas (sí o no). La duración de la evaluación fue aproximadamente de 30 minutos. Los familiares de pacientes con otros trastornos fueron evaluados en los Consultorios Públicos de Salud Ambulatoria, éstos fueron convocados por los psicólogos a cargo de la psicoterapia de estos pacientes. Una vez que estos familiares respondieron a la invitación, la psicóloga a cargo del estudio procedía de la misma forma anteriormente señalada. La totalidad de los familiares dieron su consentimiento a participar en el estudio.

### Resultados

La tabla 1 indica las medias y desviaciones típicas en cada una de las dimensiones del O-LIFE de los familiares de pacientes con esquizofrenia y de los familiares de pacientes con otros trastornos.

Al realizar un análisis multivariado sobre las cuatro escalas del O-LIFE no se encontraron diferencias significativas entre los familiares de pacientes con esquizofrenia y los familiares de pacientes con otros trastornos en su puntuación global de esquizotipia (Lambda de Wilks: 0.971;  $p=0.66$ ). De igual forma, los contrastes univariados mostraron la inexistencia de diferencias significativas entre los dos grupos de familiares en las puntuaciones de cada una de las cuatro escalas de que se compone el cuestionario (experiencias inusuales:  $F=0.35$ ;  $p=0.55$ ; desorganización cognitiva:  $F=0.02$ ;  $p=0.88$ ; disconformidad impulsiva:  $F=0.49$ ;  $p=0.48$ ; anhedonia introvertida:  $F=1.04$ ;  $p=0.31$ ).

Para comprobar si la ausencia de diferencias en esquizotipia entre familiares de pacientes con esquizotipia y familiares de pacientes con otros trastornos se debía a la inclusión entre estos últimos de algunos familiares de pacientes con trastornos próximos o etiológicamente relacionados con la esquizofrenia, como los trastornos

graves del estado de ánimo, se aplicó un análisis idéntico al anterior pero excluyendo del grupo de familiares con otros trastornos a aquellos de pacientes con trastornos depresivos o con trastorno bipolar, quedando en consecuencia el grupo control limitado a los familiares de pacientes con trastornos adaptativos, con retraso mental o por consumo de alcohol. Tampoco ahora aparecieron diferencias entre ambos grupos de familiares (de pacientes con esquizofrenia y de pacientes con otros trastornos) en su puntuación global de esquizotipia (Lambda de Wilks: 0.869;  $p=0.12$ ). De igual forma, los contrastes univariados mostraron la inexistencia de diferencias significativas entre los dos grupos de familiares en las puntuaciones de cada una de las cuatro escalas de que se compone el cuestionario (experiencias inusuales:  $F=0.007$ ;  $p=0.93$ ; desorganización cognitiva:  $F=3.49$ ;  $p=0.07$ ; disconformidad impulsiva:  $F=2.67$ ;  $p=0.10$ ; anhedonia introvertida:  $F=0.10$ ;  $p=0.74$ ).

Para comprobar si la ausencia de diferencias podía ser debida a efectos de deseabilidad social, se revisó la escala de sinceridad incluida en el O-LIFE, observándose que los familiares de pacientes con esquizofrenia presentaban niveles de sinceridad menores (una media de 6.50, con una desviación típica de 2.02) que los familiares de pacientes con otros trastornos (media de 7.17, con una desviación típica de 1.91), pero la prueba *t* de Student indica que estas diferencias no son significativas ( $t=-1.555$ ,  $p=0.124$ ).

Estos resultados podrían estar señalando diferencias existentes entre los componentes que conforman la esquizotipia en los estudios realizados hasta el momento con muestras urbanas europeas y norteamericanas, por un lado, y los que lo hacen en otro tipo de poblaciones como son las rurales latinoamericanas, por otro. Revisando el contenido de los ítems correspondientes a las diferentes escalas, se consideró que aquellos incluidos en la de experiencias inusuales podrían subdividirse en dos grupos, referentes a constructos diferenciados claramente en la cultura del grupo social sobre el que se estaba realizando el estudio, y que de hecho se corresponden con los orígenes de esta escala en las escalas previas de percepción aberrante e ideación mágica de Chapman, Edell y Chapman (1980), y Eckblad y Chapman (1983). Por ello, se procedió a aplicar un análisis de componentes principales sobre los ítems incluidos en la escala de experiencias inusuales, con extracción de componentes principales y rotación varimax. Se obtuvo un índice KMO superior a 0,5 (0,565), indicando que el análisis de componentes principales podía ser empleado con la muestra, y en el mismo sentido apuntó el resultado del test de esfericidad de Bartlett, que permitió rechazar la hipótesis de que la matriz de correlaciones era una matriz de identidad ( $p<0.001$ ).

Los resultados de este análisis de componentes principales indicaron que la escala de experiencias inusuales puede subdividirse en dos componentes, dado que el scree test mostró que la pendiente del gráfico de sedimentación se estabilizaba a partir del segundo de ellos. La tabla 2 ofrece un resumen de los resultados del análisis. La numeración de los ítems corresponde al lugar que ocupan en el cuestionario completo (O-LIFE).

El primero de los componentes se refiere a experiencias inusuales consistentes en alteraciones de tipo perceptivo-sensorial, tales como agudización del olfato, alucinaciones visuales y auditivas (tabla 3). El segundo agrupa a ítems relacionados con creencias mágicas, espirituales, fuerzas misteriosas y temas paranormales (tabla 4).

A continuación se examinaron las posibles diferencias entre los dos grupos de familiares en los componentes de experiencias inusuales mediante un análisis multivariado de la varianza. En la tabla 5 se encuentran las puntuaciones medias correspondientes.

Tabla 1

Medias y desviaciones típicas de las dimensiones del O-LIFE en familiares de pacientes con esquizofrenia (grupo 1) y familiares de pacientes con otros trastornos (grupo 2)

Dimensiones O-LIFE	Grupos	Media	d.t.	Rango
Desorganización cognitiva	1	18,48	7,34	4-30
	2	17,69	6,82	7-30
Disconformidad impulsiva	1	10,95	3,75	5-22
	2	12,19	4,12	6-21
Anhedonia introvertida	1	6,50	1,69	2-9
	2	6,81	1,80	2-10
Experiencias inusuales	1	6,76	2,32	2-12
	2	6,40	2,85	1-13

*Tabla 2*  
Análisis de componentes principales de la subescala de experiencias inusuales del O-LIFE. Extracción de componentes principales y rotación Varimax

Componentes			
Ítems	1	2	Comunalidad
40	.615	.186	.413
43	.614	.132	.394
99	.584	.284	.422
26	.566	-.155	.345
114	.542	.123	.309
72	.536	-.293	.374
132	.528	.063	.282
133	.516	.010	.266
152	.506	.340	.372
48	.500	-.052	.252
11	.446	-.015	.199
137	.443	.273	.271
109	.396	.223	.207
117	.373	-.333	.250
123	.370	.064	.141
121	.339	.148	.137
102	.331	.287	.192
7	.306	.051	.096
65	.289	.209	.127
144	.130	-.071	.022
59	.045	.758	.577
37	-.005	.617	.381
92	.050	.560	.316
118	.125	.553	.322
141	.214	.535	.332
42	.112	.522	.285
32	-.024	.325	.106
110	.207	.283	.123
96	-.141	.237	.076
9	.149	.173	.052
<i>Autovalores</i>	<i>5.030</i>	<i>2.611</i>	
<i>% Varianza</i>	<i>16.765</i>	<i>8.702</i>	
<i>%Acumulado</i>	<i>16.765</i>	<i>25.467</i>	

*Tabla 3*  
Ítems del primer componente de experiencias inusuales

40.	¿A veces tiene ideas e intuiciones tan rápidamente que no puede expresarlas por completo?
43.	¿Algunas veces sus pensamientos parecen tan reales que le asustan?
99.	¿Tiene algunas veces la sensación de un peligro indefinido o un miedo súbito sin saber por qué?
26.	¿Sus pensamientos son a veces tan fuertes que casi puede oírlos?
114.	¿Ha visto en ocasiones la cara de una persona frente a usted, cuando de hecho no había nadie allí?
72.	¿A veces su audición es tan sensible que los sonidos habituales le resultan desagradables?
132.	¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?
133.	¿Alguna vez se distrae por sonidos a los que normalmente no prestaría atención?
152.	¿Alguna vez tiene la impresión de que algo va a ocurrir, aunque no parezca haber ningún motivo para pensar de esa manera?
48.	¿Su voz le parece algunas veces distante o lejana?
11.	¿Le sucede a menudo que casi cada pensamiento que tiene le sugiere inmediata y automáticamente una gran cantidad de ideas?
137.	¿A menudo ve formas y figuras en la oscuridad aunque realmente no haya nada?
109.	¿Ha creído alguna vez escuchar personas hablando, para descubrir después que se trataba de algún ruido?
117.	¿Las luces de las habitaciones le parecen a veces tan brillantes que le molestan a los ojos?
123.	¿Algunas veces, cuando se mira al espejo, su cara le parece diferente?
121.	¿Ha sentido alguna vez como si su cabeza o alguno de sus miembros no fueran suyos?
7.	¿Los sonidos que oye cuando sueña despierto son claros e inconfundibles?

Los contrastes multivariados ofrecieron diferencias marginalmente significativas entre los dos grupos de familiares (Lambda de Wilks: 0.94;  $p= 0.09$ ). Los contrastes univariados mostraron que no había diferencias entre los familiares de uno y otro tipo de pacientes en el primero de los componentes (alteraciones perceptivo-sensoriales) ( $F= 0.12$ ;  $p= 0.73$ ), pero sí en el segundo (creencias místico-religiosas) ( $F= 4.07$ ;  $p= 0.04$ ). Los familiares de pacientes con esquizofrenia alcanzaron mayores puntuaciones en este componente que los familiares de otros pacientes.

#### Discusión y conclusiones

Los análisis iniciales de los datos obtenidos en la muestra de este estudio con la administración del O-LIFE no ofrecieron diferencias en esquizotipia entre los familiares de pacientes con esquizofrenia y los familiares de pacientes con otros trastornos. Estos resultados eran inconsistentes con algunos de los publicados anteriormente sobre el tema, como se ha puesto de manifiesto en la introducción. Una posible explicación de esa ausencia de diferencias podría ser una menor sinceridad de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Estudios anteriores apuntan a que la deseabilidad social (Grove et al, 1991) o las respuestas defensivas (Katsanis, Iacono y Beiser, 1990) podrían estar jugando un papel importante; se ha observado que los familiares de pacientes con esquizofrenia tienden a mostrarse menos sinceros al saber que están siendo evaluados, por la relación que tienen con el paciente (Coryell y Zimmerman, 1988) e incluso a mostrar una actitud defensiva (Jones et al, 2000). Sin embargo, pese a encontrarse una tendencia en ese sentido, indicadora de una menor sinceridad en el grupo de parientes de pacientes con esquizofrenia, las diferencias con el grupo de familiares de pacientes con otros trastornos no alcanzaron valores estadísticamente significativos.

*Tabla 4*  
Ítems del segundo componente de experiencias inusuales

59.	¿Algunas veces siente que las cosas que le ocurren son provocadas por fuerzas misteriosas?
37.	¿Alguna vez ha sentido que tenía poderes especiales, casi mágicos?
92.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que ocurriera algo, simplemente pensando mucho en ello?
118.	¿Se ha preguntado si los espíritus de los muertos pueden influir sobre los vivos?
141.	¿Alguna vez ha notado una presencia maliciosa aunque no pudiera verla?
42.	¿Algunas personas pueden hacer que usted piense en ellas, simplemente cuando piensan en usted?
32.	¿Cree que podría aprender a leer la mente de otras personas, si quisiera?

*Tabla 5*  
Puntuaciones de los familiares de pacientes con esquizofrenia (grupo 1) y de los familiares de otros pacientes (grupo 2) en la escala de alteraciones perceptivo-sensoriales (experiencias inusuales 1) y en la escala de creencias místico-religiosas (experiencias inusuales 2)

Experiencias inusuales	Grupos	Media	d.t.	N
EI1	1	4,33	2,57	42
	2	4,54	3,09	42
EI2	1	2,09	1,51	42
	2	1,42	1,51	42

Se pensó a continuación que probablemente algunas características de la muestra empleada en este estudio, que la diferenciarían de las analizadas en la mayor parte de los trabajos publicados con anterioridad, podrían explicar los resultados. La identificación de esas características diferenciales, seguramente vinculadas a factores culturales, sería de gran valor, puesto que indicaría que la forma en que se manifiesta la personalidad esquizotípica varía en relación con factores de orden social y cultural. El análisis del contenido de los ítems del cuestionario revela claramente que aquellos incluidos en la escala de experiencias inusuales tienen un doble origen. Esta escala fue construida por Mason et al (1995) a partir de las escalas de percepción aberrante e ideación mágica de Chapman et al (1980), y Eckblad y Chapman (1983). Estos dos componentes de la escala de experiencias inusuales, que en los contextos culturales europeos y norteamericanos en los que se ha desarrollado el OLIFE no se ha considerado necesario analizar por separado, de hecho hacen referencia a fenómenos claramente diferenciados en la cultura del grupo sobre el que se ha realizado el presente estudio. El análisis de componentes principales mostró que esa idea era correcta, puesto que aparecieron dos componentes bien delimitados. El primero de ellos agrupa aquellos ítems sobre experiencias inusuales consistentes en alteraciones de tipo perceptivo-sensorial tales como agudización del olfato, alucinaciones visuales y auditivas. El segundo agrupa a ítems relacionados con creencias mágicas, espirituales, fuerzas misteriosas y temas paranormales. Este segundo componente, cuyos ítems están cargados de connotación místico-religiosa, sí que permite establecer diferencias significativas entre los familiares de pacientes con esquizofrenia y los familiares de pacientes con otros trastornos.

Los discursos sobre temas religiosos tales como hablar en otras lenguas, leer la mente, vida después de la muerte, son comunes en poblaciones como aquella de la que ha sido extraída la muestra. Más aún, la práctica de creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad son actividades comunes llevadas a cabo por los habitantes del extremo norte de Chile por su cercanía con Perú y Bolivia, donde el chamán tiene un rol significativo dentro de las familias, e incluso en sanaciones y actividades relacionadas con la «limpieza del espíritu», cura al «susto» y todo lo relacionado con los temas de salud-enfermedad.

Actualmente, existe un gran interés por establecer el papel de los factores culturales en la etiología, expresión y evolución de los

trastornos mentales. Por esto, la psiquiatría comparativa, la etnopsiquiatría, o la psiquiatría transcultural o intercultural han ido contemplando la no utilización de criterios absolutistas, sino estableciendo lo que en cada cultura es funcional (Marsella, 1987). De forma adicional y con la misma repercusión figura el hecho de la diferente tolerancia hacia ciertos síntomas de la esquizofrenia en algunas culturas. Así, por ejemplo, las alucinaciones auditivas se consideran como algo positivo, creativo y similar a un fenómeno espiritual en ciertas sociedades (Al-Isa, 1976). Exceptuando unas pocas formas extremas de comportamiento, existe un gran relativismo cultural respecto a los trastornos menores de conducta (Lemos, 2000). Costumbres, normas y valores varían también dentro de una misma cultura en diferentes grupos de edad, clases socio-económicas o subgrupos de población, incluyendo minorías religiosas, raciales o étnicas.

A partir de los datos obtenidos, se observa la importancia de los aspectos y experiencias culturales y sociales que vivencia el sujeto evaluado y que afectan a la lectura que hace de su entorno y realidad personal. Se debe considerar que la experiencia del trastorno está encastrada en los universos locales de la familia, las redes sociales y las instituciones de trabajo y de la comunidad. Todas ellas influenciarían fuertemente en la trayectoria del trastorno y en su forma de expresión (Kleinman, 2000). En especial si se considera la familia, ésta puede ejercer a través de sus estilos educativos y conductuales una actitud de aceptación o rechazo de los hijos (Lila y Gracia, 2005) e influir así de forma significativa en el desarrollo del niño en formación (Alonso y Román, 2005).

Los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de llevar a cabo un estudio más amplio sobre la composición dimensional de la esquizotipia en muestras procedentes de poblaciones culturalmente diferenciadas; así como sobre la posibilidad de encontrar gradientes en la intensidad con la que sus componentes dan cuenta de las diferencias en esquizotipia entre personas procedentes de diferentes culturas. En este sentido, por ejemplo, Sharpley y Peters (1999) encontraron que es en la ideación delirante, y no en la esquizotipia general, donde aparecen diferencias al comparar personas de cultura afrocaribeña y personas de cultura occidental.

Considerando lo anterior, se sugiere que en futuras investigaciones se realice una revisión y adaptación del instrumento aplicado (OLIFE) a la cultura sudamericana, que refleje con mayor validez la estructura de creencias y costumbres propias de este entorno cultural.

## Referencias

- Aguilar, A., Gutiérrez, J., Barrantes, N., Obiols, J., Aguilar, E. y Ferrer, M. (2002). A Spanish reduced version of the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE). *X World Congress on Psychiatric Genetics*. Brussels.
- Álvarez, E., Gutiérrez, J. y Andrés, A. (2001). Hábito de fumar y esquizotipia. *Psicothema*, 13(1), 68-72.
- Al-Isaa, I (1976). Behavior therapy and hallucinations: sociocultural approach. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 13, 156-159.
- Ammen, S., Praharaj, S. y Sinha, V. (2004). Schizotaxia: a review. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 20(1-4), 27-34.
- Alonso, J. y Román, M<sup>a</sup> (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Ayman, F., Gardner, C., Walsh, D., Kenneth, S. y Kendler, S. (2001). Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Archives of General Psychiatry*, 58, 669-673.
- Baron, M. y Risch, N. (1987). The spectrum concept of schizophrenia: evidence for a genetic-environmental continuum. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 257-267.
- Calkins, M., Curtis, C., Grove, W. e Iacono, W. (2004). Multiple dimensions of schizotypy in first degree biological relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 317-325.
- 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). Theoretical background and issues. En G. Claridge (ed.): *Schizotypy: implications for illness and health* (pp. 3-18). Oxford: Oxford University Press.
- Coryell, W. y Zimmerman, M. (1988). The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 323-327.
- Eckblad, M. y Chapman, L.J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.

- Grove, W., Lebow, B., Clementz, B., Cerri, B., Medus, C. e Iacono, W. (1991). Familial prevalence and coaggregation of schizotypy indicators: a multitrait family study. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 115-121.
- Gunderson, J. y Siever, L. (1985). Relatedness of schizotypal to schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin, 11*, 532-537.
- Gutiérrez, J., Aguilar, A., Jarne, A. y Aguilar, E. (1997). Spanish version and factorial study of the O-LIFE. *I Congreso de la Sociedad Española de Psicopatología y Psicología Clínica*. Madrid.
- Gutiérrez, J., Aguilar, A., Aguilar, E., Barrantes, N. y Obiols, J. (1998). Adaptación española reducida de las escalas O-LIFE. *V Congreso de la Sociedad Europea de Evaluación Psicológica*. Málaga.
- Jiménez, M<sup>a</sup> D., Muela, J., García, A., Garrancho, M<sup>a</sup> D. (2004). Esquizotipia psicométrica y alteraciones atencionales. *Psicothema 16*(1), 22-26.
- Jones, L., Cardno, A., Murphy, K., Sanders, R., Gray, M., McCarthy, G., McGuffin, P., Owen, M. y Williams, J. (2000). The kings schizotypy questionnaire as a quantitative measure of schizophrenia liability. *Schizophrenia Research, 45*(3), 213-221.
- Katsanis, J., Iacono, W. y Beiser, M. (1990). Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and thier relatives. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(2), 202-206.
- Kendler, K. y Gruenberg, A. (1984). An independent analysis of the danish adoption study of schizophrenia. IV. The relationship between psychiatric disorders as defined by DSM-III in the relatives and adoptees. *Archives of General Psychiatry, 41*, 555-564.
- Kendler, K. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: a historical perspective. *Schizophrenia Bulletin, 11*, 538-553.
- Kleinman, J. (2000). El curso del sufrimiento: esquizofrenia, epilepsia y otras enfermedades crónicas en la cultura china. En E. González y J. Comelles (eds.): *Psiquiatría transcultural* (pp. 101-116). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Kremen, W., Faraone, S., Toomey, R., Seidman, L. y Tsuang, M. (1998). Sex differences in self-reported schizotypal traits in relatives of schizophrenia probands. *Schizophrenia Bulletin, 17*, 555-564.
- Lenzenweger, M.F. y Korfine, L. (1992). Confirming the latent structure and base rate of schizotypy: a taxonomic analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 567-571.
- Lemos, S. (2000). Psicopatología: objeto y método. En S. Lemos (ed.): *Psicopatología general* (pp. 17-28). Madrid: Síntesis.
- Lemos, S., Inda, M., López, A., Paíno, M. y Besteiro, J. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema, 11*(3), 477-494.
- Lila, M. y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo familiar. *Psicothema, 17*(1), 107-111.
- Marsella, A. (1987). El concepto de conducta anormal. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.): *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (pp. 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences, 18*, 7-13.
- Meehl, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17*, 827-838.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N. y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganised features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin, 20*, 191-201.
- Sellen, J., Oaksford, M. y Gray, N. (2005). Schizotypy adn conditional reasoning. *Schizophrenia Bulletin, 31*(1), 105-116.
- Sharpley, M.S. y Peters, E.R. (1999). Ethnicity, class and schizotypy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(10), 507-512.
- Squires-Wheeler, E., Skodol, A. E., Bassett, A. y Erlenmeyer-Kimling, L. (1989). DSM-III-R schizotypal personality traits in offspring of schizophrenic disorder, affective disorder and normal control parents. *Archives of General Psychiatry, 36*, 17-24.
- Squires-Wheeler, E., Skodol, A. E., Friedman, D. y Erlenmeyer-Kimling, L. (1988). The specificity of DSM-III schizotypal personality traits. *Psychological Medicine, 18*, 757-765.
- Tsakanikos, E. y Reed, P. (2005). Dimensional approaches to experimental psychopathology of schizophrenia: shift learning and report of psychotic-like experiences in colleges students. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 300-312.
- Tsuang, M., Stone, W., Tarbox, S. y Faraone, S. (2002). An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. *Schizophrenia Research, 54*, 169-175.
- Vollema, M. y Hoijsink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in psychiatric population: an analysis using multidimensional Rasch-models. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 565-575.
- Vollema, M. y Postma, B. (2002). Neurocognitive correlates of schizotypy in first degree relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 28*(3), 367-377.
- Vollema, M., Sitskoorn, M., Appels, M. y Kahn, R. (2002). Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research, 54*, 39-45.
- Yarilian, P., Raine, A., Lencz, T., Hooley, J., Bihle, S., Mills, S. y Ventura, J. (2000). Elevated levels of cognitive-perceptual deficit in individuals with a family history of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 46*, 57-63.