



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Diferencias entre alta y baja esquizotipia en variables emocionales, cognitivas y sociales

Alumno/a: Sánchez López, María del Pilar

Tutor/a: Muela Martínez, D. José Antonio

Dpto.: Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico

Mayo, 2019

Índice

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	7
3. Metodología.....	8
3.1.Participantes.....	8
3.2.Instrumentos.....	8
3.3.Procedimiento.....	11
4. Análisis de resultados.....	12
5. Conclusión.....	15
6. Referencias bibliográficas.....	16

RESUMEN

El trastorno esquizotípico de la personalidad está considerado el punto intermedio entre la normalidad y la esquizofrenia. Por ello, es conveniente identificar aquellas variables características de los sujetos con alta esquizotipia y que son, a su vez, factores de vulnerabilidad para la esquizofrenia. Para dicha identificación, se llevó a cabo un estudio con 44 alumnos de la Universidad de Jaén, los cuales fueron evaluados en rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, apoyo social, asertividad, atención, rendimiento académico, ansiedad y emoción expresada. Una vez divididos en alta y baja esquizotipia a través del Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE), se encontraron diferencias significativas en esquizotipia total en neuroticismo y en la escala desorganización cognitiva en ansiedad estado y rasgo, asertividad y de nuevo, neuroticismo.

Palabras clave: esquizotipia, esquizofrenia, variables cognitivas, variables emocionales y variables sociales.

ABSTRACT

The schizotypal personality disorder is considered a halfway point between normality and schizophrenia. Therefore, it would be convenient to identify the characteristic variables of individuals with high schizotypy, these variables are vulnerability factors for schizophrenia. A study was carried out with 44 students from the University of Jaen, the students were evaluated on personality traits, coping styles, social support, assertiveness, attention, academic performance, anxiety and emotion expressed. Once students were divided into high and low schizotypy through the Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE), significant differences were found in total schizotypy in neuroticism and in the cognitive disorganization scale in state and trait anxiety, assertiveness and neuroticism.

Key words: schizotypia, schizophrenia, cognitive variables, emotional variables and social variables

1. Introducción

La esquizotipia hace referencia al trastorno de la personalidad que la Asociación Americana de Psicología (2013) caracteriza en el DSM-V por “deficiencias sociales e interpersonales, malestar agudo, poca capacidad de relaciones estrechas, distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico”. Dicho trastorno, al igual que el resto de los trastornos de personalidad, se establece como crónico entre la adolescencia y la edad adulta y afecta a todas las áreas de la vida de la persona. Además, los individuos que padecen este tipo de alteración no suelen ser conscientes de las limitaciones que acarrea su personalidad, ya que vivencian el trastorno como parte de ellos mismos, es por esto que el tratamiento del mismo se dificulta, al igual que ocurre con la mejora de problemas comórbidos. (Phillips y Gunderson, 1996)

Según Muela, García y Jiménez (2007), este desorden de la personalidad está considerado el punto intermedio entre la normalidad y la esquizofrenia, si pensamos en ellas como un continuo, ya que ambos trastornos comparten características similares. Debido a esto, la identificación precoz del mismo puede servir como factor de alarma que indique un posible desarrollo de esquizofrenia en el futuro. Por esta razón, se considera necesario estudiar, tanto la prevalencia de la esquizotipia en los jóvenes, como los factores que la caracterizan a nivel social, emocional y cognitivo y que pueden considerarse elementos de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia.

Sin embargo, es importante tener en cuenta también los antecedentes genéticos de los individuos debido a que la esquizofrenia es una de las enfermedades donde la herencia se considera el componente más determinante (Gejman y Sanders, 2012), siendo, respectivamente, 12 y 39 veces superior, respecto a la población normal, la probabilidad de sufrir esquizofrenia si uno o ambos padres la padecen (Mardomingo, Sánchez, Parra, Espinosa y Loro, 2005). Además, esto queda respaldado por estudios donde la concordancia entre gemelos monocigóticos es mayor que en dicigóticos y en estudios de padres adoptivos donde se demuestra que la genética de padres biológicos predomina haciendo que

aumente la probabilidad de sufrir esquizofrenia a pesar de que los hijos vivan en un ambiente adoptivo (Martínez, Cuesta y Peralta, 1997).

Aludiendo a los factores que caracterizan a la esquizotipia y que funcionan como factores de vulnerabilidad para la esquizofrenia, se pueden encontrar ciertos rasgos de la personalidad característicos. En estos casos se observa que prevalecen niveles de neuroticismo por encima de la media así como niveles de extraversión inferiores, es decir, se trata de individuos irascibles, inseguros, retraídos, introvertidos, etc. (Gurrera, Dickey, Niznikiewicz, Voglmaier, Shenton y McCarley, 2015). Dichos rasgos de personalidad también suponen un factor de vulnerabilidad para la esquizofrenia, sin embargo en esta ocasión se debe tener en cuenta que pueden ser considerados una consecuencia de la enfermedad, debido a que ésta es de la suficiente magnitud para provocar cambios en la personalidad, por lo que se debe establecer si existían previamente. Además, una vez diagnosticada la esquizofrenia, algunos autores consideran que se pueden asociar los síntomas positivos al neuroticismo y los negativos a la introversión. (Cuevas y López, 2006).

En relación a los rasgos de personalidad, destacar que tanto el neuroticismo como la introversión se han relacionado con estilos de afrontamiento pasivos, por lo que además, se puede estimar que se trata de personas cuyas estrategias son desadaptativas y centradas en el ámbito emocional (Contreras, Espinosa y Esguerra, 2009).

Por otro lado, estudios como el de Jiménez, Muela, García y Garrancho (2004) presentan diferencias en variables cognitivas entre los sujetos con alta o baja puntuación en esquizotipia. Concretamente, se habla de la atención, como una característica que presenta déficits en su modalidad de atención sostenida en aquellos individuos con alta esquizotipia. De nuevo, se observa como es algo común entre la esquizotipia y la esquizofrenia, ya que los déficits cognitivos encontrados en ambos tipos de pacientes son similares, por lo que también se trata de un factor de vulnerabilidad hacia la esquizofrenia (Vázquez, Nieto-Moreno, Cerviño y Fuentenebro, 2006). Asimismo, es lógico pensar que si un déficit atencional caracteriza a estos sujetos esto puede influir también en su

rendimiento académico, ya que se ha comprobado en estudios como el de Ballespí, Barrantes-Vidal y Obiols (1999) que el rendimiento en estos pacientes es menor que en el de resto de compañeros, caracterizándose como factores de riesgo para la esquizofrenia la repetición de un curso académico, los problemas para finalizar el curso (Mäki et al., 2005) o una menor capacidad para aprovechar las horas dedicadas al estudio (Muela et al., 2007) .

Aludiendo a variables emocionales, se encuentra la ansiedad como factor característico y de vulnerabilidad. Dicha variable, se presenta de manera más pronunciada en aquellos individuos esquizotípicos en comparación con la población normal, tanto en lo referente a ansiedad estado como a ansiedad rasgo. (Muela et al., 2007). Además, en el estudio de Shi et al. (2012), se encontró que los síntomas ansiosos se relacionaban más con lo que denominan esquizotipia negativa, es decir, con la parte de la esquizotipia semejante a los síntomas negativos de la esquizofrenia.

Si se atiende al ámbito social, también existen características comunes en aquellos individuos que puntúan más elevado en esquizotipia. Estas características se refieren tanto al apoyo social como a la capacidad del sujeto de relacionarse adecuadamente con los demás, es decir, al grado de asertividad que presentan. El poseer un adecuado apoyo social disminuye la probabilidad de aparición de los trastornos al igual que se disminuye el riesgo de recaída, sin embargo en los trastornos del espectro esquizofrénico el apoyo social está reducido y la satisfacción con el mismo es menor. En este caso ocurre igual que con la personalidad, es decir, una vez que se establece la esquizofrenia la reducción del apoyo social debe diferenciarse si se trata de un precedente o de una consecuencia de la misma (Gayer-Anderson y Morgan, 2013). Respecto a las relaciones sociales, los individuos esquizotípicos suelen presentar, al igual que los pacientes de esquizofrenia, unas habilidades sociales deficitarias por lo que las relaciones con los demás se ven afectadas negativamente (Muela et al., 2007). Además, cuando el apoyo social es bajo se favorece la incapacidad de experimentar satisfacción en las relaciones sociales, es decir, la anhedonia social se ve potenciada en estos pacientes (Blanchard, Collins, Aghevli, Leung y Cohen,

2009). Por tanto, se puede concluir que esta falta de habilidades provoca que el individuo sea menos asertivo a la hora de interaccionar en la sociedad.

Finalmente, destacar dentro del ámbito familiar de los pacientes el papel de la emoción expresada como un factor determinante de gran importancia en los trastornos del espectro esquizofrénico. Dicho factor se caracteriza por un alto nivel de crítica, hostilidad o sobreimplicación emocional que reciben los pacientes por parte de sus familiares, comportamientos que pueden generar en ellos un nivel de estrés que desencadene un episodio psicótico. Es por ello, que la emoción expresada se relaciona con una esquizofrenia más dura y una mayor probabilidad de recaídas, que asciende incluso a 4 veces más. (Vizcarro y Arévalo, 1986; García, Moreno, Freund y Lahera, 2012) Por todo esto, también se considera destacable el estudio de la emoción expresada de los individuos a fin de conocer si ésta es predominante en el ámbito familiar, como factor de riesgo hacia un episodio psicótico.

2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es el de detectar las diferencias existentes, en diferentes tipos de variables, entre los participantes con alta y baja puntuación en esquizotipia. De esta forma, se pretende poder identificar a aquellos individuos con más vulnerabilidad para desarrollar esquizofrenia en un futuro.

A modo de diferenciación, se espera encontrar diferencias en atención sostenida, apoyo social, asertividad, estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad, ansiedad, emoción expresada, rendimiento académico y antecedentes genéticos. Por ello, las hipótesis de las que se parten es que los individuos con mayor puntuación en esquizotipia total, experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida y disconformidad impulsiva, presenten a su vez:

1. Menores puntuaciones en atención sostenida.
2. Estrategias de afrontamiento más deficitarias.
3. Mayor puntuación en neuroticismo.

4. Un nivel de extraversión menor.
5. Mayor puntuación en ansiedad estado y ansiedad rasgo.
6. Un rendimiento académico menor.
7. Una menor asertividad.
8. Un menor número de apoyos sociales junto con una menor satisfacción con los mismos.
9. Mayor nivel de emoción expresada.
10. Mayor carga genética.

3. Metodología

3.1. Participantes

Los participantes del presente estudio son 44 alumnos y alumnas de la Universidad de Jaén. Concretamente, estos individuos pertenecen al primer curso del Grado en Psicología y tienen una edad comprendida entre los 18 y los 28 años.

Todos ellos participan voluntariamente en la evaluación y son previamente informados de la finalidad del estudio, así como de la necesidad de obtener sus datos personales a través de un consentimiento informado para poder contactar con ellos en un futuro seguimiento.

3.2. Instrumentos

Con el fin de obtener la información necesaria para la consecución de los objetivos expuestos, las diferentes evaluaciones se llevaron a cabo a través de los siguientes instrumentos:

- *Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE)*: Este inventario fue utilizado para la evaluación de la personalidad esquizotípica, con la finalidad de poder dividir a los participantes en dos grupos, uno de alta y otro de baja puntuación. Esta división permitiría comparar ambos grupos respecto a las demás variables. El inventario está compuesto por 159 ítems, los cuales se responden en una hoja final con respuestas dicotómicas de sí/no y se agrupan en cuatro escalas: experiencias inusuales, desorganización cognitiva y ansiedad

social, anhedonia introvertida y no-conformidad impulsiva. (Caparrós, Barrantes-Vidal y Obiols, 2001)

- *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R)*: Se trata de un cuestionario de personalidad que evalúa, además de la sinceridad, los rasgos principales de extraversión, neuroticismo y psicoticismo, a través de 83 ítems a los que responder con sí o no. Según Aguilar, Tous y Andrés (1990) esta última escala ha sido mejorada en la revisión respecto al cuestionario original, mejorando la media y alejándose de la desviación típica. Además, la fiabilidad interna, obtenida a través de alfa de Cronbach, es alta y, según Ibáñez (1995), los índices de correlación de las escalas muestran que éstas son independientes.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*: Dicho inventario engloba 40 ítems respecto a síntomas de ansiedad, tanto en ansiedad rasgo como estado, que se responden en una escala Likert de 0 a 3, desde “casi nunca/nada” a “mucho/casi siempre”, respectivamente. Por tanto, la puntuación máxima es de 60 puntos, indicándose mayor nivel de ansiedad a mayor puntuación. La consistencia interna de dicho inventario es alta (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012), sin embargo, no queda claro que parte del inventario presenta mayor fiabilidad, ya que algunos autores como Fonseca-Pedrero et al. (2012) proponen que la fiabilidad es mayor en lo que respecta a la ansiedad rasgo mientras que, otros como Guillén-Riquelme y Buela-Casal (2011), proponen que la consistencia interna es mayor en lo referido a ansiedad como estado.
- *Entrevista Estructurada de Evaluación de la Emoción Expresada*: Se trata de una entrevista estructurada elaborada por varios docentes pertenecientes a la Universidad de Jaén. Dicha entrevista propone 16 ítems, 8 de los cuales se refieren a la frecuencia de reacción de los padres respecto a los comportamientos del hijo y los otros 8, a la visión del hijo respecto a las reacciones de los padres. Estos ítems se dividen en las escalas de crítica, hostilidad generalizada, hostilidad de rechazo, desesperanza, autosacrificio, sobreprotección, manifestaciones emocionales intensas y no emoción expresada y se responden en una escala Likert compuesta por las respuestas “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “casi siempre” y

“siempre”. Para obtener la puntuación de cada escala basta con atender a la puntuación en cada ítem.

- *Test de Símbolos y Dígitos*: Dicho test se utiliza con la finalidad de evaluar la atención sostenida en los individuos. La prueba consiste en relacionar, con un tiempo limitado de 90 segundos, una serie de símbolos con números del 1 al 9 siguiendo las combinaciones presentadas en la parte superior de la hoja. Sin embargo, este test no solo sirve para medir la atención sino que también es utilizado para evaluar aspectos como memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, funciones visoespaciales, praxias constructivas y atención focalizada y selectiva. (Cancela, Ayán y Varela, 2012)
- *Cuestionario de Apoyo Social Versión Abreviada (SQQ-6)*: Este cuestionario evalúa, a través de 6 ítems, el apoyo social percibido por los individuos, tanto en términos de disponibilidad de personas como la satisfacción con el mismo. Para ello, se le pide a la persona que diga el número de apoyos con los que cuenta para cada situación, sin exceder de 9 y marque en una escala Likert como de satisfecho esta en esa área desde “muy satisfecho” a “muy insatisfecho” a lo largo de 6 opciones. Tanto la consistencia interna como la validez convergente de dicho cuestionario son adecuadas, sin embargo la disponibilidad y la satisfacción muestran una baja relación entre ellas. (Martínez-López, Páramo, Guisande, Tinajero, da Silva y Rodríguez, 2014)
- *Inventario de asertividad*: Dicho inventario para evaluar la asertividad en los participantes consta de 40 ítems a los que se responde de dos formas. Por un lado, se debe de especificar el grado de malestar que le genera a la persona cada situación expuesta desde 1 “ninguno” a 5 “muchísimo”. Por otro lado, la persona debe señalar la probabilidad de responder de esa manera si se diera la ocasión, desde “siempre lo hago” que se correspondería con el valor 1 a “nunca lo hago, correspondiente al 5. Se destaca también, la importancia de responder sin que la puntuación respecto al grado de malestar influya en la de la probabilidad de respuesta. Según Casas-Anguera et al. (2014), se trata del inventario más utilizado para la evaluación de esta habilidad social, siendo una menor puntuación un indicador de mejor funcionamiento, es decir, de que la persona es más asertiva.

- *COPE*: Se trata de un inventario de 60 ítems que evalúan los diferentes estilos de afrontamiento de los participantes en una escala Likert de 0 a 3 donde 0 corresponde a “nunca haces eso” y 3 a “siempre lo haces”. Dicho instrumento, está formado por 6 escalas que evalúan: afrontamiento cognitivo, afrontamiento conductual, afrontamiento emocional, escape cognitivo, escape conductual y consumo de drogas y por tanto, las escalas con mayor puntuación indican las estrategias más utilizadas por los sujetos.

Finalmente, también se utilizaron una serie de preguntas de elaboración propia para conocer la edad de los participantes, si existen antecedentes familiares con diagnóstico de esquizofrenia, así como cuál ha sido el rendimiento académico en los últimos años atendiendo a dificultades de aprendizaje específicas como por ejemplo dislexia, horas de estudio aprovechadas, días de estudio semanales y si alguna vez han repetido algún curso.

3.3. Procedimiento

El estudio, una vez planteado y aprobado por el tutor que dirige su contenido, comenzó contactando con una de las profesoras que forma parte de la docencia del Grado en Psicología de la Universidad de Jaén, la cual colaboró ofreciendo a sus alumnos como participantes.

Previamente a la realización de la evaluación, los instrumentos fueron ordenados de manera aleatoria a través de un contrabalanceo incompleto, siguiendo el algoritmo de D’Amato. Esta aleatorización permite obtener, en este caso, 8 secuencias con las que ordenar los cuestionarios para así evitar que las puntuaciones se vean influenciadas por el orden en el que se realizan. Sin embargo, todos ellos realizaron el Test de Símbolos y Dígitos de atención sostenida el primero, debido a que se trata de un test de atención sostenida y se debe controlar que la fatiga no afecte a los resultados.

Una vez ordenados, la profesora repartió a sus alumnos los diferentes sobres con los cuestionarios junto con el consentimiento informado, explicándoles

la finalidad del estudio. Los participantes completaron todos los cuestionarios en casa y los devolvieron al día siguiente. Finalmente, se corrigieron todos ellos y se introdujeron los datos en el programa SPSS para su posterior análisis.

4. Análisis de resultados

Para comprobar las hipótesis de partida, el análisis de los resultados se llevó a cabo por un lado, comparando las puntuaciones totales obtenidas en el Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE) con las puntuaciones en el resto de instrumentos y por otro lado, comparando, las puntuaciones en experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida y disconformidad impulsiva con las puntuaciones en el resto de variables.

Aludiendo al análisis que se llevó a cabo, se calcularon varias *t* de Student para muestras independientes (alto o bajo en esquizotipia total, experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida y disconformidad impulsiva) en cada una de las variables cognitivas, emocionales y sociales evaluadas. Además, se utilizaron tablas de contingencia, donde a través de la prueba chi-cuadrado, se obtuvo información sobre la variable dicotómica de antecedentes genéticos de esquizofrenia, en relación con la esquizotipia total y las cuatro escalas que componen el O-LIFE. Todos los análisis se realizaron teniendo en cuenta un nivel de significación de $\alpha=0,005$, es por ello que solo se asumen como significativas todas aquellas diferencias cuyo valor de significación esté por debajo de α ($p<\alpha$).

La división entre las bajas o altas puntuaciones totales se realizó asignando al grupo 1 a aquellos individuos cuya puntuación se encontraba por debajo de la media grupal (media (dt) total = 34,3864 (11,24)), mientras que al grupo 2 pertenecían aquellos que su puntuación era mayor o igual a la media.

Respecto a los resultados obtenidos, los estadísticos de grupo muestran lo esperable respecto a las medias en todas las variables, excepto en atención donde la media del grupo con mayor puntuación en esquizotipia era mayor que en el

grupo con menor puntuación. Sin embargo, solo se encontraron diferencias significativas en esquizotipia total ($t = -3,922$; $p = ,000$) en la variable neuroticismo (media (dt) de grupo 1 = 9,52 (4,33128); media (dt) de grupo 2 = 15,1111 (4,98101)). Estos resultados pueden observarse en las *tablas 1 y 2*. Como se ha comentado, el resto de diferencias no eran significativas, al igual que tampoco se encontró una mayor carga genética en aquellos individuos con mayores puntuaciones en esquizotipia.

Tabla 1: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo				
	TOTAL.O LIFE.DIC	N	Media	Desviación típ.
EPQ.N	1,00	25	9,5200	4,33128
	2,00	18	15,1111	4,98101
				Error típ. de la media
				,86626
				1,17404

Tabla 2: Prueba t para muestras independientes

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia
EPQ.N	Se han asumido varianzas iguales	,306	,583	-3,922	41	,000	-5,59111	1,42560	-8,47018 -2,71205
	No se han asumido varianzas iguales			-3,832	33,513	,001	-5,59111	1,45903	-8,55780 -2,62442

Atendiendo a las cuatro escalas que forman el O-LIFE, en todas ellas se asignaron al grupo 1 a aquellos individuos con una puntuación por debajo del punto de corte y al grupo 2 a los que su puntuación era igual o superior. Sin embargo, en este caso el punto de corte venía dado por el estudio de Mason, Claridge y Jackson (1995), en el cual se establecen las diferentes medias para cada escala y sexo.

Una vez agrupados los sujetos y realizados los correspondientes análisis, aunque en la mayoría de las ocasiones las medias eran las esperadas en todas las escalas, hubo diferencias significativas tan solo en una de las escalas, en desorganización cognitiva. Se encontraron diferencias significativas en desorganización cognitiva ($t = -3,921$; $p = ,000$) en la variable ansiedad estado (media (dt) de grupo 1 = 13,2609 (8,47573); media (dt) de grupo 2 = 24,5714 (10,61872)). También se encontraron diferencias significativas en dicha escala (t

= -4,797; $p=,000$) en la variable ansiedad rasgo (media (dt) de grupo 1=17,3478 (8,74179); media (dt) de grupo 2= 30,6667 (9,67643)). Hubo además, diferencias destacables ($t= -3,292$; $p=0,002$) en la variable grado de malestar en situaciones asertivas (media (dt) de grupo 1=89,0455 (20,54374); media (dt) de grupo 2= 112,2 (24,996)). Por último, también se encontraron diferencias significativas ($t =-5,627$; $p=,000$) en la variable de personalidad, neuroticismo (media (dt) de grupo 1=8,4545 (4,13726); media (dt) de grupo 2= 15,4286 (3,9821)). Todos estos resultados pueden observarse en las *tablas 3 y 4*.

Tabla 3: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	DESROG.COGN.DIC	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ASERT.MALESTAR	1,00	22	89,0455	20,54374	4,37994
	2,00	20	112,2000	24,99600	5,58928
STAIE	1,00	23	13,2609	8,47573	1,76731
	2,00	21	24,5714	10,61872	2,31719
STAIR	1,00	23	17,3478	8,74179	1,82279
	2,00	21	30,6667	9,67643	2,11157
EPQ.N	1,00	22	8,4545	4,13726	,88207
	2,00	21	15,4286	3,98210	,86897

Tabla 4: Prueba t para muestras independientes

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia		
ASERT.MALESTAR	Se han asumido varianzas iguales	1,746	,194	-3,292	40	,002	-23,15455	7,03415	-37,37109	-8,93800
	No se han asumido varianzas iguales			-3,261	36,908	,002	-23,15455	7,10098	-37,54371	-8,76538
STAIE	Se han asumido varianzas iguales	1,581	,216	-3,921	42	,000	-11,31056	2,88432	-17,13135	-5,48976
	No se han asumido varianzas iguales			-3,881	38,265	,000	-11,31056	2,91424	-17,20878	-5,41234
STAIR	Se han asumido varianzas iguales	,555	,460	-4,797	42	,000	-13,31884	2,77639	-18,92181	-7,71587
	No se han asumido varianzas iguales			-4,775	40,479	,000	-13,31884	2,78950	-18,95455	-7,68313
EPQ.N	Se han asumido varianzas iguales	,058	,812	-5,627	41	,000	-6,97403	1,23933	-9,47690	-4,47115
	No se han asumido varianzas iguales			-5,632	40,996	,000	-6,97403	1,23820	-9,47463	-4,47342

Finalmente, al igual que en el caso de la esquizotipia total, en ninguna de las cuatro escalas hubo diferencias significativas respecto a los antecedentes genéticos.

5. Conclusión

A la vista de los resultados, se puede observar como muy pocas de las hipótesis planteadas se han cumplido. Aludiendo a la esquizotipia total, si se cumple lo esperado respecto a la variable neuroticismo, es decir, se cumple que aquellos individuos con mayores puntuaciones totales, respecto a la media del grupo, presentan un mayor nivel de neuroticismo, entendiéndose este como un rasgo de personalidad.

Por otro lado, también se aceptan las hipótesis de partida de que los sujetos con mayores puntuaciones en desorganización cognitiva también presentarían una mayor ansiedad tanto a nivel de estado como de rasgo. Asimismo, encontramos como los individuos con puntuaciones iguales o superiores al punto de corte son menos asertivos, al ser mayor su puntuación de malestar en las diferentes situaciones sociales que se plantean, lo que puede relacionarse a su vez con una mayor ansiedad general, es decir, la ansiedad rasgo que los caracteriza. Finalmente, de nuevo el neuroticismo se encuentra por encima de la media en aquel grupo en el que las puntuaciones de desorganización cognitiva son mayores, convirtiéndose en un rasgo de personalidad característico en estos sujetos.

Los resultados obtenidos, en su mayoría, no ayudan a corroborar las diferentes investigaciones realizadas hasta el momento y esto puede deberse a que el procedimiento seguido y la muestra de la que se dispone no son los más adecuados y por tanto, existen variables extrañas que no han sido controladas y que pueden influir en los resultados obtenidos.

Por un lado, los diferentes instrumentos se repartieron para que los alumnos los realizaran en casa y por ello, no se controló que todos los realizaran a la vez y en las mismas condiciones. Esto puede afectar de forma que, por ejemplo, un alumno puede estar más fatigado a la hora de realizarlos si lo hace por la noche tras una larga jornada de estudio en comparación con un alumno que los haga por la mañana antes que cualquier otra actividad. Además, debido a que se encontraban en el período de exámenes es más probable que el nivel de

ansiedad que presenten sea mayor y por tanto, las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) no sean del todo objetivas.

Por otro lado, la muestra estaba compuesta por 46 alumnos, entre los cuales se eliminaron 2 de ellos por no haber completado el Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias adecuadamente, por tanto se disponía de una muestra pequeña de tan solo 44 sujetos, los cuales además no formaban parte de una población de riesgo.

Por todo ello, se puede deducir que las condiciones de la investigación no eran las más convenientes pero que aun así, se han obtenido ciertos resultados esperables si se atiende a anteriores investigaciones, por lo que se considera importante que este tipo de estudios se continúen realizando para una detección precoz de posibles casos de esquizofrenia, sobre todo en aquellas personas que presenten cierta carga genética.

Finalmente, destacar la idea de realizar un futuro seguimiento a los individuos cuya media en esquizotipia total estaba igualada o por encima de la media como forma de corroborar si se encuentran más cerca del extremo de la esquizofrenia que se comentaba al principio.

6. Referencias bibliográficas

Aguilar, A., Tous, J. M., Aguilar Alonso, Á., y Andrés, A. (1990). Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R. *Anuario de Psicología*, 1990, vol. 46, p. 101-118.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V)*. American Psychiatric Pub.

Ballespí, S., Barrantes-Vidal, N., y Obiols, J. E. (1999). Precursores conductuales infantiles de los trastornos del espectro esquizofrénico: esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 4(2), 123-146.

- Blanchard, J. J., Collins, L. M., Aghevli, M., Leung, W. W., y Cohen, A. S. (2009). Social anhedonia and schizotypy in a community sample: the Maryland longitudinal study of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 587-602.
- Cancela, J. M., Ayán, C., y Varela, S. (2012). Valores normativos del “Symbol Digit Modalities Test” de aplicación en poblaciones españolas residentes en geriátricos: un estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(6), 299-303.
- Caparrós, B. C., Barrantes-Vidal, N., y Obiols, J. E. (2001). Características de personalidad del espectro esquizofrénico y locus de control en padres no afectados de pacientes esquizofrénicos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(2), 105-119.
- Carrasco, I., Clemente, M., y Llavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de psicología*, 10(37), 63-74.
- Casas-Anguera, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. J., Garcia-Franco, M., Martin, J. R., ... y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 431-437.
- Contreras, F. V., Espinosa, J.C., y Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Cuevas, A. M., y López, F. (2006). Relación entre personalidad y esquizofrenia: Modelo de Cloninger. *Pensamiento Psicológico*, 2(6).
- García, P. R., Moreno, A., Freund, N., y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones

terapéuticas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.

Gayer-Anderson, C., y Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 22(2), 131-146.

Gejman, P. V., y Sanders, A. R. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3).

Gurrera, R. J., Dickey, C. C., Niznikiewicz, M. A., Voglmaier, M. M., Shenton, M. E., & McCarley, R. W. (2005). The five-factor model in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia research*, 80(2-3), 243-251.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del " Cuestionario de ansiedad estado-rasgo"(STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20(3), 547-561.

Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Ibáñez Ribes, M. I. (1995). Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R).

Mäki, P., Veijola, J., Jones, P. B., Murray, G. K., Koponen, H., Tienari, P., ... & Lauronen, E. (2005). Predictors of schizophrenia—a review. *British Medical Bulletin*, 73(1), 1-15.

Mardomingo, M. J., Sánchez, P., Parra, E., Espinosa, A., y Loro, M. (2005). Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 22(4), 136-142.

- Martínez, J. A., Cuesta, M. J., y Peralta, V. (1997). Etiología de la esquizofrenia: interacción genes-ambiente. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 20, No. 2, pp. 183-189).
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). Nuevas escalas para la valoración de la esquizotipia. *Personalidad y diferencias individuales* , 18 (1), 7-13.
- Martínez-López, Z., Fernández, M. F. P., Couñago, M. A. G., Vacas, C. T., da Silva Almeida, L., y González, M. S. R. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110.
- Muela, J. A., García, A. y Jiménez, M.D. (2007). Relación de la esquizotipia psicométrica con variables emocionales y socioambientales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 199-212.
- Phillips, K.A. y Gunderson, J.G (1996). Trastornos de la personalidad. En Hales, R., Yudofsky, S.C. y Talbott, J.A (2ª Ed.), *Tratado de psiquiatría* (pp. 743-744). Barcelona (Ancora S.A.)
- Shi, Y. F., Wang, Y., Cao, X. Y., Wang, Y., Wang, Y. N., Zong, J. G., ... y Lui, S. S. (2012). Experience of pleasure and emotional expression in individuals with schizotypal personality features. *PloS one*, 7(5), e34147.
- Vázquez, C., Nieto-Moreno, M., Cerviño, M. J., y Fuentenebro, F. (2006). Efectos del incremento de la demanda cognitiva en tareas de atención sostenida en los trastornos esquizofrénicos y la esquizotipia. *Psicothema*, 18(2), 221-227.
- Vizcarro, C., y Arévalo, J. (1986). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronosticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 7(27-28), 87-109.