

Esquizotipia psicométrica y alteraciones atencionales

M^a Dolores Jiménez Melero, José Antonio Muela Martínez, Ana García León y M^a Dolores Garrancho Segura
Universidad de Jaén

La esquizotipia es una alteración de la personalidad caracterizada por presentar alteraciones semejantes a las de la esquizofrenia. El objetivo de este trabajo fue estudiar en población normal las diferencias en atención sostenida (medida a través del CPT) entre los sujetos con puntuaciones extremas en el O-LIFE (medida de esquizotipia). Participaron 100 estudiantes universitarios divididos en grupos de alta o baja puntuación en función de sus puntuaciones en el O-LIFE y/o en las distintas subescalas del mismo. Los resultados indican que los esquizotípicos psicométricos (aquellos con alta puntuación en el O-LIFE y/o en sus subescalas) presentan problemas en algunas de las medidas de atención sostenida: mayores d' , tasa de falsas alarmas y número de fallos cometidos cuando el estímulo diana aparece al final de la cadena de estímulos. Estos problemas se presentan sobre todo en la subescala Desorganización Cognitiva del O-LIFE.

Psychometric schizotypy and attentional deficit. The schizotypy is a personality disorder characterized by showing similar features to the schizophrenia. The aim of this research was to study the differences in attention (measured by the CPT) in normal subjects. One hundred high-degree students participated in this study. They were divided in groups according to the high or low O-LIFE score and/or its different subscales. The results show that high psychometric schizotypy subjects (those cases with a O-LIFE high score and/or its subscales) have problems in some measures of sustained attention such as a high d' index, a high false alarm index, and a high number of mistakes when the target stimulus appears at the end of the stimulus serie. These problems mainly appear in the O-LIFE Cognitive Disorganization subscale.

La esquizotipia es una alteración de la personalidad, que se marca dentro del espectro esquizofrénico. Los sujetos esquizotípicos presentan malestar y una reducida capacidad para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y un comportamiento excéntrico. Dichos síntomas comienzan al inicio de la edad adulta y se pueden observar en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2002). Algunos autores creen que, siguiendo el continuo normal-patológico, puede observarse que aun siendo la personalidad esquizotípica un trastorno grave, existen rasgos aislados de estos sujetos que son propios de una personalidad normal (Millon y Davis, 2001).

Se han elaborado diversos instrumentos de evaluación de la esquizotipia cuyo objetivo es identificar ciertas peculiaridades perceptivas, cognitivas y experienciales que, supuestamente, guardan alguna relación con la sintomatología esquizofrénica y que podrían ser precursoras del riesgo de manifestar trastornos de dicho espectro en sujetos vulnerables. Uno de los más recientes es el «Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences» (O-LIFE) de Mason, Claridge y Jackson (1995), que mide la esquizotipia a través de cuatro subescalas distintas (*Desorganización Cognitiva*, *Anhedonia Introversiva*, *Experiencias Inusuales* y *No Conformi-*

dad Impulsiva). El O-LIFE ha demostrado una adecuada fiabilidad y validez (Burch, Steel y Hemsley, 1998) en la medida de la esquizotipia psicométrica y de sus diversos componentes.

Múltiples estudios han relacionado la esquizotipia con alteraciones de tipo cognitivo, siendo la atención una de las variables más estudiadas (Lenzenweger, 1998). La medida atencional más empleada ha sido el *Continuous Performance Test* (CPT). Dicha medida evalúa distintos parámetros de atención sostenida y consiste en una tarea simple en la que el sujeto debe identificar un estímulo diana dentro de una cadena de estímulos. Entre los parámetros evaluados por el CPT están el número de Aciertos (dar la respuesta ante el estímulo diana), el número de Falsas Alarmas (dar la respuesta sin el estímulo diana), distintos tiempos de reacción (de aciertos y de falsas alarmas), medidas de sensibilidad como la d' (grado de sensibilidad para discriminar el estímulo diana o señal de otros estímulos o ruido) y β (criterio de decisión a partir del cual un estímulo se considera señal o ruido; así, cuanto más elevado sea este índice más estricto será el sujeto en sus respuestas).

Lenzenweger, Cornblatt y Putnick (1991) midieron aciertos, errores, d' y β , por medio del CPT, en sujetos esquizotípicos psicométricos. La esquizotipia psicométrica viene definida por las puntuaciones obtenidas en cuestionarios y se diferencia del trastorno clínico en que este último se diagnostica a partir de los criterios del DSM-IV. Los resultados del citado estudio indican que los sujetos que puntuaron alto en esquizotipia mostraban una menor d' y una menor tasa de Aciertos que los sujetos que puntuaban bajo, no encontrándose otras diferencias en el resto de parámetros.

Por otra parte, midiendo los parámetros del CPT expuestos anteriormente, hay estudios que encuentran un mayor déficit en atención sostenida, no sólo en sujetos esquizotípicos psicométricos (Lenzenweger et al., 1991; Obiols, Clos, Corbero, García-Domingo, de Trinchera y Domenech, 1992; Caparrós, Barrantes-Vidal y Obiols, 2000; Obiols, García-Domingo, de Trinchera y Domenech, 1993), sino también en sujetos con trastornos de personalidad esquizotípica (Harvey et al., 1996) y en familiares directos de sujetos esquizofrénicos (Mirsky, Yardley, Jones, Walsh y Kendler, 1995; Rusthmann, Cornblatt y Erlenmeyer-Kimling, 1977).

Además de estos parámetros de atención sostenida, el CPT ofrece la posibilidad de añadir otros, como son la tasa de fallos cometidos (falta de respuesta ante el estímulo diana) en diferentes momentos de la ejecución de la tarea (dividiendo la duración total de la tarea en tres tercios), la tasa de fallos cometidos cuando el estímulo diana se sitúa en distintas posiciones de la cadena estimular (al principio, en el centro o al final de la misma), junto con los tiempos de reacción de cada uno de estos fallos. De ninguno de estos parámetros se ha hecho mención en anteriores investigaciones.

Derivado de lo anterior, el objetivo principal del presente trabajo es estudiar, en población normal, la posible existencia de diferencias atencionales (medidas con los parámetros ya mencionados del CPT, a los que se añadirán las dos tasas de fallos expuestas) entre aquellos individuos con puntuaciones extremas en el O-LIFE y en cualquiera de sus subescalas (esquizotipia total, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida, no conformidad impulsiva y experiencias inusuales).

Metodología

Sujetos

En el estudio participaron 256 estudiantes universitarios de 1º y 2º curso de Psicología de la Universidad de Jaén. Los sujetos fueron elegidos en función de su puntuación: alta (por encima del centil 95) o baja (por debajo del centil 5) en alguna de las cuatro subescalas que forman el O-LIFE y/o en la puntuación total del mismo. Después de pasar este instrumento, la muestra resultante fue de 123 sujetos, de los cuales hubo una muerte experimental del 18,7% (21 sujetos abandonaron el estudio antes de concluirlo y 2 fueron eliminados por tener antecedentes familiares psicóticos o diferentes trastornos de la personalidad). Finalmente, la muestra con la que se realizó el estudio fue de 100 sujetos de ambos sexos y con edades comprendidas entre 18 y 24 años. El número de sujetos en función de cada subescala quedó del siguiente modo:

Anhedonia Introvertida: 14 sujetos en alta y 21 sujetos en baja. *No conformidad Impulsiva*: 13 sujetos en alta y 11 sujetos en baja. *Desorganización Cognitiva*: 13 sujetos en alta y 10 sujetos en baja. *Experiencias Inusuales*: 12 sujetos en alta y 12 sujetos en baja. *Total*: 12 sujetos en alta esquizotipia y 11 sujetos en baja esquizotipia. Puesto que algunos de los sujetos pertenecía a más de un grupo, la suma total es superior a 100.

Medidas

Los instrumentos utilizados fueron:

1) Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) (Mason et al., 1995), en versión experimental de Lemos (citado en Paño, López, Inda, Martínez y Lemos, 1997). Éste es uno

de los cuestionarios más recientemente desarrollado para medir esquizotipia y su validez y fiabilidad ya han sido demostradas anteriormente (Burch et al., 1998). Se creó a partir del Combined Schizotypal Traits Questionnaire (CSTQ) de Bentall, Claridge y Slade (1989), que es una combinación de 15 escalas, agrupadas en cuatro factores, que miden por separado diferentes aspectos de la esquizotipia. Recientemente se ha creado una versión reducida experimental de esta prueba, utilizada en otros estudios sobre esquizotipia como el de Álvarez, Gutiérrez y Andrés (2001). El O-LIFE está formado por cuatro subescalas derivadas de los cuatro factores de las escalas del CSTQ. Contiene 159 ítems que pueden hacer referencia a los pensamientos, sensaciones, experiencias y preferencias. El sujeto tiene que marcar con una cruz «Sí» o «No» en el lugar numerado correspondiente de la hoja de respuestas, según lo que más se ajuste a su situación. Las cuatro subescalas del O-LIFE son:

- *Experiencias Inusuales (EI)*: Consta de 30 ítems relacionados con pensamiento mágico, experiencias perceptivas y alucinatorias, consistentes con los síntomas positivos de la psicosis.
- *Desorganización Cognitiva (DC)*: Son 24 ítems que describen dificultades en atención, concentración y toma de decisiones, además de falta de sentido en la vida y ansiedad social.
- *Anhedonia Introvertida (AI)*: Son 27 ítems que describen la falta de emociones positivas en las relaciones sociales. Como características fundamentales están la ausencia de placer en la intimidad emocional y física y el énfasis en la independencia y soledad.
- *No conformidad Impulsiva (II)*: Consta de 22 ítems que recogen información sobre las características desinhibidas y dirigidas por impulsos, las cuales hacen referencia específicamente a conductas violentas o excesivas (Sánchez Bernardos, 1999).

2) *Continuous Performance Test (CPT)* de Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome y Beck (1956) (prueba que mide atención sostenida de forma informatizada). En esta versión, el número de estímulos que aparecen es 630, de los cuales los primeros 30 son ensayos de prueba. La tarea consiste en la identificación por parte del sujeto del estímulo AX dentro de una cadena de seis letras que aparecen en el centro de la pantalla. El sujeto debe pulsar una tecla (la barra espaciadora) con su mano dominante sólo cuando aparezca en la pantalla una letra A (estímulo señal) seguida de una letra X (estímulo diana). En algunas ocasiones aparecerá la letra A sola, de forma que, si el sujeto responde, cometerá una falsa alarma. El estímulo AX aparece durante un tiempo de 100 milisegundos y el ritmo de presentación es de uno cada segundo. Con esta tarea se obtienen las siguientes medidas: *tasa de aciertos* (número de aciertos dividido por el número total de ensayos), *tasa de falsas alarmas* (respuestas dadas sin estímulo diana divididas por el número total de ensayos), *fallos cometidos a lo largo de la tarea* (falta de respuesta ante la presencia del estímulo diana en los primeros 200 ensayos –principio–, en los 200 ensayos centrales –medio– y en los últimos 200 ensayos –final–), *fallos cometidos en función de la posición del estímulo* (falta de respuesta ante la presencia del estímulo diana –«AX»– cuando éste se encuentra al principio, en medio o al final de la cadena de estímulos), *tiempos de reacción* (expresados en milisegundos, tiempo que transcurre desde que aparece el estímulo hasta que se da la respuesta), *medida de sensibilidad (d')*, capacidad del sujeto para discriminar el estímulo señal del resto de estímulos) y *criterio de respuesta (beta)*, punto a partir del cual el estímulo se considera señal o ruido.

Cuanto más elevadas sean las puntuaciones en el mismo, más conservador será el sujeto en sus respuestas).

Procedimiento

El estudio tuvo tres fases:

La primera fase fue la de búsqueda y entrenamiento de colaboradores. Se solicitó la colaboración de psicólogos y estudiantes de Psicología con experiencia en cuanto a la administración de test a muestras de sujetos. Estas personas son colaboradores de algunas de las investigaciones que se están llevando a cabo en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Jaén. Posteriormente se les explicó en qué consistía la investigación y cuál era su fin y se entrenaron en la administración de las pruebas que se iban a utilizar en el estudio.

La segunda fase fue la primera toma de contacto con los sujetos que eran objeto de estudio. En esta fase, se les explicaron los objetivos del estudio y se solicitó a los sujetos su colaboración voluntaria en el estudio. Para realizar la primera toma de contacto se acudió a las aulas correspondientes de los alumnos y se les pidió su colaboración. Aquellos que quisieron colaborar realizaron el O-LIFE en dichas aulas.

La tercera fase fue la selección de submuestras extremas en las puntuaciones de las cuatro subescalas del O-LIFE y/o en la puntuación total del mismo. Para la realización de esta selección se establecieron los puntos de corte por encima del percentil 95 y por debajo del percentil 5, puntos de corte que recomiendan Paiño, López, Inda, Martínez y Lemos (1997). Los sujetos seleccionados realizaron una breve entrevista estructurada, que fue utilizada para eliminar a aquellas personas con antecedentes familiares de tipo psicótico y, posteriormente, el CPT. Esta fase fue realizada en distintas dependencias del departamento de Psicología de la Universidad de Jaén.

Resultados

En primer lugar, fueron analizadas las diferencias en las variables atencionales del CPT entre sujetos con alta y baja esquizotipia

Tabla 1

Medias de las variables del CPT en los sujetos con alta y baja esquizotipia

Variables	Esquizotipia		p
	alta	baja	
β	4.81	9.64	NS
d'	3.54	4.26	< 0.01**
Tasa de aciertos	0.897	0.94	NS
T.R. tasa aciertos	153.38	156.06	NS
Tasa de falsas alarmas	0.018	0.015	NS
T.R. tasa falsas alarmas	211.46	216.77	NS
T.R. al inicio	117.42	117.82	NS
T.R. en la mitad	153.75	155.32	NS
T.R. al final	189.71	193.59	NS
Fallos inicio de tarea	3.58	2.82	NS
Fallos mitad de tarea	4	2.09	NS
Fallos final de tarea	4.58	1.82	NS
Fallos estímulo al principio	4.17	3.18	NS
Fallos estímulo en el centro	3.17	1.73	NS
Fallos estímulo al final	4.92	1.82	< 0.05*
Suma de errores	12.17	6.73	NS
Falsas alarmas estímulo principio	2.5	2.18	NS
Falsas alarmas estímulo en centro	2.42	2.55	NS
Falsas alarmas estímulo al final	3.5	3	NS

Como se puede ver en la tabla 1, los análisis realizados indicaron que aparecían diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos en la sensibilidad de la prueba valorada a través de d' (U= 26.5; p<0'01), obteniendo los sujetos altos en esquizotipia una menor puntuación que los bajos. Además también aparecieron diferencias estadísticamente significativas en los errores cometidos cuando el estímulo se presenta al final de la cadena de estímulos, obteniendo el grupo de baja esquizotipia una menor puntuación que el grupo de alta esquizotipia (U= 29; p<0'05).

Tabla 2

Medias de las variables del CPT en los sujetos altos y bajos en las subescalas del O-LIFE

Subescalas del O-LIFE	Desorganización Cognitiva			Anhedonia Introversiva		
	Alta	Baja	p	Alta	Baja	p
β	4.11	4.64	NS	3.06	3.24	NS
d'	3.59	4.06	0.05<p<0.1	3.31	3.49	NS
Aciertos	0.88	0.94	NS	0.9	0.91	NS
T.R. aciertos	152.3	156.1	NS	153.74	153.84	NS
Falsas alarmas	0.017	0.014	< 0.05*	0.03	0.02	NS
T.R. falsas alarmas	209.2	215.9	NS	215.14	213.79	NS
T.R. al inicio	117.1	117.9	NS	117.39	118	NS
T.R. en la mitad	152.5	155.6	NS	153.96	154.55	NS
T.R. al final	187.7	193.7	NS	190.3	190.27	NS
Fallos inicio de tarea	4.25	2	NS	3.64	3.9	NS
Fallos mitad de tarea	4.75	2.6	NS	3.79	3.57	NS
Fallos final de la tarea	5.25	2.1	NS	4	3.76	NS
Fallos estímulo al principio	4.75	2.9	NS	4.21	2.9	NS
Fallos estímulo en el centro	4.5	1.9	NS	2.64	4.1	NS
Fallos estímulo al final	5	2	0.05<p<0.1	4.64	4.24	NS
Suma de errores	14.25	6.7	NS	11.43	11.24	NS
Falsas alarmas estímulo principio	2.42	1.8	NS	4.21	3.95	NS
Falsas alarmas estímulo en centro	2.5	2.5	NS	4.86	3.52	NS
Falsas alarmas estímulo al final	3.08	2.2	NS	5.36	3.67	NS

Tabla 3

Medias de las variables del CPT en los sujetos altos y bajos en las subescalas del O-LIFE

Subescalas del O-LIFE	Experiencias Inusuales			No conformidad Impulsiva		
	Alta	Baja	p	Alta	Baja	p
β	4.86	7.31	NS	4.93	13.27	NS
d'	3.54	3.62	NS	3.53	3.45	NS
Aciertos	0.89	0.897	NS	0.9	0.88	NS
T.R. aciertos	152.75	151.56	NS	153.63	152.45	NS
Falsas alarmas	0.023	0.021	NS	0.02	0.026	NS
T.R. falsas alarmas	211.45	208.13	NS	213.04	193.27	NS
T.R. al inicio	117.23	118.6	NS	117.54	117.59	NS
T.R. en la mitad	153.09	150.79	NS	153.79	153.37	NS
T.R. al final	188.48	185.08	NS	189.88	188.23	NS
Fallos inicio de tarea	5.27	3.67	NS	4	4	NS
Fallos mitad de tarea	3.82	4.25	NS	4.42	5	NS
Fallos final de la tarea	4.28	4.25	NS	3.25	5.1	NS
Fallos estímulo al principio	4.55	4.25	NS	3.92	3.82	NS
Fallos estímulo en el centro	3.73	4.08	NS	3.58	4.64	NS
Fallos estímulo al final	5.09	4	NS	4.25	5.64	NS
Suma de errores	13.36	12.17	NS	11.67	14.09	NS
Falsas alarmas estímulo principio	3.45	3.17	NS	3.08	4.45	NS
Falsas alarmas estímulo en centro	3	2.75	NS	3.5	3.91	NS
Falsas alarmas estímulo al final	4.36	4.17	NS	4	4.18	NS

En segundo lugar, se analizaron las diferencias en las variables atencionales del CPT entre los sujetos con puntuaciones altas y bajas en cada subescala del O-LIFE.

Como se puede ver en las tablas 2 y 3, los análisis revelaron diferencias marginalmente significativas en la subescala *Desorganización Cognitiva* para las variables atencionales: sensibilidad de la prueba (d') ($U=33'5$; $p=0'079$) y errores cometidos cuando el estímulo diana se encuentra al final de la cadena de estímulos ($U=34'5$; $p=0'09$). Con respecto a la d' , los sujetos altos en esta subescala mostraron una puntuación menor que los que tenían puntuaciones bajas. En relación con los errores cometidos, los sujetos con puntuaciones altas en la subescala exhibieron mayor puntuación que los sujetos con puntuaciones bajas. Por último, se encontraron diferencias significativas en la tasa de falsas alarmas ($U=26$; $p<0'05$), siendo los sujetos con puntuaciones altas los que mostraban mayor tasa de falsas alarmas con respecto a los sujetos con baja puntuación en la subescala.

Discusión

Los problemas en atención sostenida han sido considerados un importante marcador de vulnerabilidad a la esquizofrenia (Nuechterlein y Dawson, 1984). También se ha informado de este tipo de problemas atencionales en individuos con esquizotipia genética (Roitman et al., 1997) y en individuos psicométricamente identificados como esquizotípicos (Lenzenweger et al., 1991; Lenzenweger, 2001). El déficit atencional medido a través del CPT ha sido uno de los marcadores de vulnerabilidad a la esquizofrenia más sólidamente establecido en la literatura (Cornblatt y Keilp, 1994).

Con respecto a la puntuación total del O-LIFE, en esta investigación aparecen diferencias entre los sujetos esquizotípicos psicométricos y los normales en su *capacidad para discriminar el estímulo señal del resto de estímulos (d')*, mostrando los sujetos esquizotípicos una menor discriminación entre la señal y el ruido. Este dato confirma los hallazgos de investigaciones anteriores con sujetos esquizotípicos (Lenzenweger et al., 1991; Obiols et al., 1992; Obiols et al., 1993) y es consistente también con lo informado en la literatura sobre esquizofrenia (Nuechterlein y Dawson, 1984) y esquizotipia genética (Roitman et al., 1997). Esto podría explicar la dificultad que se encuentra en todos los sujetos pertenecientes al espectro esquizofrénico a la hora de distinguir entre estímulos relevantes e irrelevantes en su vida cotidiana (Ruiz Vargas, 1987).

Asimismo, aparecen diferencias en el *número de errores cometidos cuando el estímulo diana se encuentra al final de la cadena de estímulo*. Así, los sujetos con esquizotipia psicométrica incurren en un mayor número de errores en este caso. Este dato es novedoso y no aparece en la literatura sobre esquizotipia. Si se acepta que el sujeto empieza la exploración del estímulo de izquierda a derecha (procedimiento perfectamente asumible, puesto que la lectura, proceso automatizado y más en sujetos universitarios, se realiza precisamente de izquierda a derecha) el hecho de que el estímulo diana (AX) se encuentre al final de la cadena de estímulos implica que el sujeto realizará mayor número de emparejamientos de cada letra con la siguiente hasta encontrar la combinación AX. Es posible que el mayor número de estas combinaciones de comprobación provoquen una sobrecarga estimular en el sujeto que podría producir el aumento de errores cuando el estímulo diana se encuentra en la posición final. Esto es coherente con lo indicado por Nuechterlein (1983), según el cual cuando una tarea se hace más compleja se producirá una sobrecarga del esfuerzo atencional

requerido que podría producir más fallos en esquizofrénicos y en poblaciones de riesgo. Sin embargo, esta hipótesis sólo se podrá confirmar mediante la realización de nuevas investigaciones sobre el tema.

En relación con las subescalas del O-LIFE, únicamente la subescala de *Desorganización Cognitiva* mantiene una relación significativa con algunas de las variables atencionales medidas a través del CPT. Los resultados indican diferencias en las variables d' , *tasa de falsas alarmas* y *errores cometidos cuando el estímulo diana se encuentra al final de la cadena de estímulos* entre los grupos de sujetos con puntuaciones altas y bajas en la subescala. Concretamente, los sujetos con alta puntuación en esta subescala muestran una menor d' , un mayor número de errores cuando el estímulo diana se encuentra al final de la cadena de estímulos y una tasa mayor de falsas alarmas que los que puntúan bajo en dicha subescala. La explicación anterior, referente a la dificultad de los sujetos pertenecientes al espectro esquizofrénico para discriminar el estímulo relevante en una situación determinada, también podría aplicarse a la mayor tasa de falsas alarmas mostradas por los sujetos con puntuaciones altas en esta subescala. Es posible que estos sujetos, al discriminar peor entre estímulos relevantes e irrelevantes, confundan la señal con el ruido y respondan ante el ruido como si se tratase de la señal, aumentando así la tasa de falsas alarmas. Estos resultados son coherentes con los datos informados por Rawlings y Goldberg (2001) sobre d' y tasa de falsas alarmas, ya que utilizando las mismas pruebas también encontraron que los sujetos con alta puntuación en la subescala *Desorganización Cognitiva* mostraban peores resultados en la ejecución de ambos parámetros del CPT que los sujetos con puntuaciones bajas. El hecho de que los únicos déficits atencionales encontrados en este estudio se relacionen con la escala de *Desorganización Cognitiva* parece sugerir que son las características evaluadas a través de esta escala (dificultades en atención, concentración y toma de decisiones) las que desempeñan un papel más importante en la génesis de este tipo de alteraciones en la ejecución del CPT. Esta idea se ve apoyada por los trabajos de Gray, Fernández, Williams, Ruddle y Snowden (2002) y Moran, Al-Uzri, Watson y Reveley (2003), que muestran una mayor relación entre los déficits atencionales y las altas puntuaciones en esta escala y en la de *Experiencias Inusuales* (ambas relacionadas con la esquizotipia positiva).

Sin embargo, existen otros estudios que relacionan los déficits cognitivos con la esquizotipia negativa (sobre todo con la subescala *Anhedonia Introversiva*). Así, Lemos, Inda, López, Paño y Besteiro (1999) han encontrado que la esquizotipia negativa es el único factor que guarda relación significativa con más déficits cognitivos (tareas atencionales y relativas a la formación de conceptos, planificación y flexibilidad mental, memoria operativa y función ejecutiva).

Es posible que tanto la esquizotipia positiva como la negativa estén afectadas de alteraciones atencionales. El hecho de que no aparezcan tales déficits en algunos estudios puede deberse al tipo de población con el que se está trabajando. De esta forma, al estar compuesta la muestra por sujetos con altas puntuaciones en esquizotipia psicométrica, posiblemente éstos no presenten ninguna psicopatología clínica ni de la personalidad. Como consecuencia de ello, es factible que en algunas ocasiones no se hallen los déficits atencionales esperados. Así, Lenzenweger (2001), contrariamente a lo que hipotetizaba, no encontró diferencias en los parámetros clásicos del CPT entre sujetos con alta y baja puntuación en esquizotipia.

Del mismo modo, el hecho de que haya tan pocas diferencias significativas entre alta y baja esquizotipia en este estudio en las medidas del CPT puede deberse, bien a lo que se acaba de exponer en el párrafo anterior, bien a que los tiempos de exposición de

los estímulos del CPT son más largos (100ms) que los utilizados normalmente (50 ms), lo que resta sensibilidad a la prueba y facilita la tarea a sujetos sin sintomatología clínica.

Referencias

- Álvarez, E., Gutiérrez, J. y Andrés, A. (2001). Hábitos de fumar y esquizotipia. *Psicothema*, 1(13), 68-72.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^a edición, texto revisado (DSM-IV-R). Washington, DC: APA.
- 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.
- Burch, G., Steel, C. y Hemsley, D.R. (1998). Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences: Reliability in an experimental population. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 107-108.
- Caparrós, B., Barrentes-Vidal, N. y Obiols, J.E. (2000). Patrón comportamental en adolescentes con riesgo a los trastornos del espectro esquizofrénico. *Psicología Conductual*, 8(2), 217-229.
- Cornblatt, B.A., y Keilp, J.G. (1994). Impaired attention, genetics, and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 31-46.
- Gray, N.S., Fernández, M., Williams, J., Ruddle, R.A. y Snowden, R.J. (2002). Which schizotypal dimensions abolish latent inhibition? *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 271-284.
- Harvey, P.D., Keefe, R.S.E., Mitropoulou, V., Dupre, R., Roitman, S.L., Mohs, R.C. y Siever, L.J. (1996). Information processing markers of vulnerability to schizophrenia: performance of patients with schizotypal and nonschizotypal personality disorders. *Psychiatry Research*, 60, 49-56.
- Lemos, S., Inda, M., López, A.M., Paíno, M. y Besteiro, J.L. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema*, 3(11), 477-494.
- Lenzenweger, M.F., Cornblatt, B.A. y Putnick, M. (1991). Schizotypy and sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 84-89.
- Lenzenweger, M.F. (1998). Schizotypy and schizotypic psychopathology: Mapping an alternative expression of schizophrenia liability. En M.F. Lenzenweger y R.H. Dworkin (eds.), *Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lenzenweger, M.F. (2001). Reaction time slowing during high-load, sustained-attention task performance in relation to psychometrically identified schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 290-296.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mirsky, A.F., Yardley, S.L., Jones, B.P., Walsh, D. y Kendler, K.S. (1995). Analysis of the attention deficit in schizophrenia: report on a Continuous Performance Test. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 23-42.
- Moran, P.M., Al-Uzri, M.M., Watson, J. y Reveley, M.A. (2003). Reduced Kamin blocking in non paranoid schizophrenia: Associations with schizotypy. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 155-163.
- Nuechterlein, K.H. (1983). Signal detection in vigilance tasks and behavioral attributes among offspring of schizophrenic mothers and among hyperactive children. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 4-28.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 160-203.
- Obiols, J.E., Clos, M., Corbero, E., García-Domingo, M., de Trinchera, I. y Domenech, E. (1992). Sustained attention deficit in young schizophrenic and schizotypic men. *Psychological Reports*, 71, 1131-1136.
- Obiols, J.E., García-Domingo, M., de Trinchera, I. y Domenech, E. (1993). Psychometric schizotypy and sustained attention in young males. *Personality and Individual Differences*, 14, 381-384.
- Paíno, M.M., López, A.M., Inda, M., Martínez, P.C. y Lemos, S. (1997). Validación externa de dos cuestionarios de esquizotipia. *Psicothema*, 1(9), 175-186.
- Rawlings, D. y Goldberg, M. (2001). Correlating a measure of sustained attention with a multidimensional measure of schizotypal traits. *Personality and Individual Differences*, 31, 421-431.
- Roitman, S.L., Cornblatt, B.A., Bergman, A., Obuchowski, M., Mitropoulou, V., Keefe, R., Silverman, J. y Siever, L. (1997). Attentional functioning in schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 655-660.
- Rosvold, H.E., Mirsky, A.F., Sarason, I., Bransome, E.D. y Beck, L.H. (1956). A Continuous Performance Test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 343-350.
- Ruiz Vargas, J.M. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Psicología.
- Sánchez Bernardos, M.L. (1999). El estudio de la esquizotipia desde las perspectivas correlacional y cognitiva. *Clínica y Salud*, 10(1), 5-21.