



Universitat Autònoma de Barcelona

Apego y Esquizotipia en Población No Clínica

Tesis Doctoral

Erika Yohanna Bedoya Cardona

Directora: Prof. Neus Barrantes-Vidal

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Facultat de Psicologia

Bellaterra, Julio de 2012

Apego y Esquizotipia en Población No Clínica

Índice

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	6
1. La Teoría del Apego	7
1.1. Modelo de Bartholomew	10
1.2. ¿Categorías, Dimensiones o Prototipos?	12
1.3. Estructura Factorial del Apego	14
1.4. Medidas del Apego	16
1.5. Estudios Transculturales del Apego	21
2. La Hipótesis de la Psicosis como un <i>Continuum</i>	25
3. Esquizotipia	28
3.1. Dimensiones y Estructura Factorial de la Esquizotipia	29
3.2. Medidas de la Esquizotipia	31
3.3. Estudios Transculturales de la Esquizotipia	39
4. La Teoría del Apego como Marco Conceptual del Papel de los Factores de Riesgo Psicosocial en el <i>Continuum</i> de las Psicosis	41
II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	46
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	49

	4
IV. MÉTODO	52
1. Participantes	52
2. Procedimiento	52
3. Instrumentos	52
4. Análisis Estadísticos	54
V. RESULTADOS	56
VI. DISCUSIÓN	65
1. Resumen de los Hallazgos del Estudio Empírico	65
2. Discusión de los Hallazgos del Estudio Empírico	66
3. Limitaciones del Estudio Empírico y Consideraciones para Futuras Investigaciones	75
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
VIII. ANEXOS	117
Anexo 1. <i>English Version of the Wisconsin Schizotypy Scales</i>	117
Anexo 2. Versión en Castellano de las Escalas de Vulnerabilidad a la Psicosis de Wisconsin	129
Anexo 3. <i>English Version of the Relationship Questionnaire (RQ)</i>	142
Anexo 4. Versión en Castellano del Cuestionario de Relación (RQ)	143
IX. AGRADECIMIENTOS	144

Índice de Figuras y Tablas

	Pág.
Figura 1. Modelo de Apego Adulto.	12
Tabla 1. Principales Instrumentos de Evaluación de Apego en Adultos.	18
Tabla 2. Principales Investigaciones sobre la Estructura Factorial de la Esquizotipia.	32
Tabla 3. Principales Instrumentos de Evaluación de la Esquizotipia.	37
Tabla 4. Estadísticos Descriptivos de los Prototipos, las Dimensiones de Apego y Esquizotipia Positiva y Negativa en las Muestras Española y Americana.	57
Tabla 5. Correlaciones de Pearson de los Prototipos y las Dimensiones de Apego RQ en las Muestras Española y Americana.	59
Tabla 6. Correlaciones de Pearson de los Prototipos de Apego RQ en las Muestras Española y Americana.	60
Tabla 7. Análisis de Componentes Principales con Rotación Promax para los Prototipos de Apego en las Muestras Española y Americana.	62
Tabla 8. Correlaciones Pearson entre las Dimensiones de Esquizotipia y Los Prototipos de Apego en las Muestras Española y Americana.	62
Tabla 9. Análisis de Regresión Examinando Interacciones Principales y Efectos de las Variables Esquizotipia Estandarizada y Lugar como Predictoras de los Prototipos de Apego en la Muestra Completa.	64

I. INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral, examina el aporte de la teoría del apego como marco conceptual para la comprensión de la ontogénesis de la esquizotipia, destacando la importancia del estudio de la esquizotipia para la detección temprana de personas vulnerables a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico. En este sentido el apego puede ser abordado en términos de riesgo o protección debido a que se ha postulado previamente que las relaciones interpersonales pueden exacerbar o atenuar la propensión a la esquizofrenia, debido a que el estilo de apego de la persona influye en la forma como ésta interpreta y enfrenta sus vínculos emocionales y sociales. Conocer el funcionamiento del sistema de apego ayudaría pues a clarificar la etiología de muchas dificultades interpersonales que afectan la salud mental y brindaría información a cerca de los posibles procesos de cambio y mejoría con psicoterapia u otras intervenciones.

En la primera parte de la tesis se presenta la teoría del apego, revisando su definición, la aportación del modelo teórico propuesto por Bartholomew (1990), las dimensiones de apego, instrumentos de medición y comparaciones transculturales. Posteriormente se expone la hipótesis del *continuum* en el campo de las psicosis, derivándose de ella el concepto de esquizotipia como matriz psicológica de vulnerabilidad a las psicosis. Seguidamente se plantea la importancia de la teoría del apego como marco teórico que podría asistir en la conceptualización de los factores etiológicos y de riesgo relevantes en el *continuum* de las psicosis.

En la segunda parte de la tesis se presenta la justificación, objetivos e hipótesis del estudio, así como el estudio empírico desarrollado para alcanzar los objetivos propuestos. Finalmente se desarrolla la discusión sobre los resultados obtenidos mediante el estudio empírico en contraste con modelos teóricos y otros estudios previos.

1. La Teoría del Apego

La teoría del apego propuesta por John Bowlby (1977) puso de relevancia “la propensión del ser humano a crear fuertes vínculos afectivos con los demás” (p.201). La creación de dichos lazos emocionales funciona como base del desarrollo evolutivo y sirve de modelo de la conducta social que se mantiene durante toda la vida, reflejándose en el desarrollo biológico, cognitivo y emocional del ser humano (Bowlby, 1980, 1982). Esta teoría sirve para comprender cómo el funcionamiento del sistema de apego y las diferencias individuales en las respuestas a las diversas experiencias vitales (Hazan & Shaver, 1994).

El ser humano al nacer es aún inmaduro y requiere de constante asistencia por parte de sus cuidadores, presentando unas expectativas respecto a las respuestas provenientes de su(s) figura(s) de apego frente a sus necesidades básicas y afectivas. Estas interacciones conforman el desarrollo de representaciones cognitivas denominadas “modelos internos de funcionamiento” (Bowlby, 1969). Dichos modelos consisten en creencias organizadas que forman expectativas, percepciones, reacciones y conductas (Collins & Read, 1990) esenciales en la configuración de la forma en que opera el sistema de apego durante toda la vida y constituyendo la base del estilo de apego de un individuo (Fraley & Shaver, 2000; Mikulincer & Shaver, 2007).

La interacción con personas significativas, sensibles a las necesidades de apego y que responden a la búsqueda de proximidad, facilita el funcionamiento adecuado del sistema de apego y promueve la formación del sentido de seguridad, dando como resultado expectativas positivas acerca de la disponibilidad de los demás, a lo cual se denomina Modelo de los otros (MO), y un autoconcepto positivo mediante el que la persona se considera competente y valorada, denominado Modelo del sí mismo (MS).

Todo ello posibilita el desarrollo de las principales estrategias de regulación afectiva, que se organizan a partir de dichas creencias o representaciones cognitivas positivas e incrementan la confianza en el sí mismo, los otros y el mundo (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003).

Bowlby (1988) denominó la *primera estrategia de apego* como *búsqueda de proximidad*, que es una conducta innata con la que el individuo se protege de amenazas físicas y psicológicas y que utiliza para aliviar la angustia frente a ellas. Por esta razón, el éxito en la regulación afectiva con dicha estrategia permite obtener un sentimiento de seguridad mediante el cual la persona percibe el mundo como un lugar seguro, siente que puede confiar en la protección proveniente de los otros, explorar el ambiente y vincularse afectivamente con los demás. De esta forma, las estrategias de apego organizadas actúan promoviendo un desarrollo temprano de la “teoría de la mente” o capacidad de atribuir pensamientos e intenciones a los otros (Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998), así entonces, los niños que gozan de relaciones de apego seguro sostenidas a lo largo del tiempo tienen menos necesidad de activar el sistema de apego (o búsqueda de proximidad), permitiendo un mejor desarrollo de la mentalización y estrategias de auto-regulación afectiva que actúan mediante las representaciones cognitivas de las figuras de apego que el niño va construyendo a partir de sus relaciones (Fonagy & Target, 2006). Es decir, los niños y adolescentes con un sistema de apego organizado aprenden que pueden explorar el mundo por sí solos, sin necesidad de ayuda, enriqueciendo sus habilidades autorreguladoras y activando su propio sistema de cuidado que les permite aumentar la confianza en los recursos internos para manejar la angustia en sí mismos y en los demás (Mikulincer et al., 2003).

La disponibilidad de las figuras de apego es considerada una de las principales fuentes de variación en las estrategias de regulación emocional y, por tanto, el estilo de

apego de una persona consistiría en diversos modelos de funcionamiento que varían en las diferentes situaciones y relaciones a lo largo de la vida (Bridges, Connel, & Belsky, 1988).

Según las predicciones teóricas de Bowlby (1973), eventos vitales estresantes y traumáticos durante la infancia (por ejemplo, pérdidas parentales, separación, dificultades de salud física o mental, maltrato, etc.) conllevarían a importantes cambios en las representaciones de apego. Cuando los otros significativos no están disponibles ni responden a las necesidades de la persona, la búsqueda de proximidad no permite aliviar la angustia y no se alcanza el sentido de seguridad, resultando en una representación negativa del sí mismo y de los otros, y desarrollándose otras estrategias de regulación afectiva denominadas *estrategias de apego secundarias* (Mikulincer et al., 2003).

La no disponibilidad de la(s) figura(s) de apego conlleva la experimentación de niveles de angustia, frustración e inseguridad que hacen que el sujeto active una de las siguientes estrategias secundarias de apego: 1) *estrategias de hiperactivación* (Cassidy & Kobak, 1988), caracterizadas por permanentes e intensos intentos de proximidad, demandas de cuidado, apoyo, amor, dependencia de los otros como fuente de protección y vigilancia (Shaver & Hazan, 1993), que mantienen el sistema de apego activado de manera crónica, en alerta constante frente a amenazas, separaciones y engaños (Mikulincer et al., 2003); 2) *estrategias de desactivación* (Cassidy & Kobak, 1988), caracterizadas por intentos de manejar la angustia por sí solo y evitar así la frustración ante la no disponibilidad de la figura de apego, llevando a la persona a negar las necesidades de apego y evitar cercanía, intimidad y dependencia en las relaciones, manteniendo el sistema de apego bajo control, afectando así la apertura cognitiva y emocional hacia los otros (Mikulincer et al., 2003).

A partir de la descripción de las estrategias de regulación afectiva, Ainsworth & Bell (1970) en su experimento de separación y reunión madre-hijo llamado Situación Extraña (*Strange Situation*) describen tres patrones de apego infantil, observados en el momento del reencuentro madre-hijo: *seguro* (el niño recibe bien a su cuidador y si está angustiado busca proximidad y se reconforta fácilmente), *ansioso-resistente* (el niño muestra una conducta ambivalente hacia el cuidador e incapacidad para reconfortarse) y *evitativo* (el niño rechaza la proximidad o interacción con el cuidador). Mas adelante, Main & Solomon (1986) proponen una cuarta categoría denominada apego *desorganizado*, que se caracteriza por conductas y expresiones desorientadas, contradictorias, incompletas y aprensivas del niño en presencia del cuidador.

Posteriormente, Main y cols. (George, Kaplan, & Main, 1985) ampliaron la evaluación del apego. El apego adulto difiere del apego infantil en que tiene otras funciones tales como el vínculo sexual, el sentido de competencia, la compañía y las metas compartidas (Ainsworth, 1985; Heard & Lake, 1986). Hazan & Shaver (1987) adaptaron la tipología propuesta por Ainsworth a términos más apropiados para las relaciones adultas, describiendo tres tipologías etiquetadas como apego seguro, ambivalente y temeroso-evitativo.

1.1. El Modelo de Bartholomew

Bartholomew (1990) revisó el modelo de las tres categorías de apego formuladas por Hazan & Shaver (1987) y señaló la conveniencia de utilizar cuatro prototipos para representar las diferencias individuales en el apego adulto. Dicha autora expuso que el patrón de apego evitativo previamente descrito, en realidad combinaba dos formas diferentes de evitación que representaban a quienes evitan la cercanía para mantener un sentido defensivo de autosuficiencia (nombrado por ella como evitativo-desapegado), y

quienes evitan a los demás debido a su temor al rechazo (evitativo-temeroso) (Fraley & Shaver, 2000; Stein et al., 2002).

A partir de dicha reconceptualización, Bartholomew y cols. (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994a) sistematizaron la concepción de los modelos de funcionamiento internos de Bowlby y propusieron una clasificación de cuatro categorías basadas en la intersección de las dos dimensiones básicas MS y MO, que también pueden ser conceptualizadas, en términos afectivos como ansiedad y evitación respectivamente (Brennan, Clark, & Shaver, 1998). La dimensión ansiedad se caracteriza por un juicio de sí mismo como indigno de apoyo (Bartholomew & Horowitz, 1991), se asocia con una auto-imagen negativa, necesidad excesiva de aprobación, miedo al rechazo, abandono y sensación de incomodidad cuando se está solo (Fossati et al., 2003). La dimensión evitación refleja el grado en que una persona teme la cercanía e intimidad con los demás (Fraley & Shaver, 2000), se caracteriza por un juicio de los demás como no disponibles y que no brindan apoyo (Bartholomew & Horowitz, 1991) y se asocia con evitación social, necesidad excesiva de autoconfianza e independencia y distancia emocional de los demás (Mikulincer et al., 2003).

Bartholomew & Horowitz (1991) argumentaron que ambas dimensiones independientes (MS/Ansiedad y MO/evitación) pueden ser combinadas para definir cuatro prototipos de apego, entendidos como estrategias prototípicas de regulación de la seguridad: *Seguro* (MS y MO positivos, ansiedad y evitación bajas); *Preocupado* (MS negativo y MO positivo, alta ansiedad y baja evitación); *Desapegado* (MS positivo y MO negativo, baja ansiedad y alta evitación); y *Temeroso* (MS y MO negativos, ansiedad y evitación altas) (Ver Figura 1).

De acuerdo con la estructura del modelo, los prototipos seguro y temeroso son conceptualmente opuestos, al igual que los prototipos preocupado y desapegado.

Además, las dos dimensiones representarían las expectativas generales sobre el sí mismo y los otros en las relaciones, mientras que las cuatro categorías se referirían a las estrategias prototípicas para la regulación afectiva (Griffin y Bartholomew, 1994a).

		Modelo del Sí Mismo (Ansiedad)	
		Positivo (Baja)	Negativo (Alta)
Modelo de los Otros (Evitación)	Positivo (Baja)	<p>Seguro</p> <p>Modelo positivo de sí mismo y de los otros; valoración de las relaciones íntimas y capacidad de mantener relaciones cercanas sin perder la autonomía.</p>	<p>Preocupado</p> <p>Modelo negativo de sí mismo y positivo de los otros; tendencia a sobre-involucrarse en las relaciones cercanas; dependencia de la aceptación; idealización de los otros.</p>
	Negativo (Alta)	<p>Desapegado</p> <p>Modelo positivo de sí mismo y negativo de los otros; resta importancia a las relaciones cercanas; emociones restringidas; énfasis en la independencia y autosuficiencia.</p>	<p>Temeroso</p> <p>Modelo negativo de sí mismo y de los otros; evitación de relaciones cercanas por temor al rechazo; sentimientos de inseguridad y desconfianza.</p>

Figura 1. Modelo de Apego Adulto (Bartholomew & Horowitz, 1991).

1.2. ¿Categorías, Dimensiones o Prototipos?

Aunque la gran mayoría de investigadores consideran que el funcionamiento del apego adulto se capta mejor como un fenómeno dimensional (Fraley & Waller, 1998; Mikulincer & Shaver, 2007), existe una importante controversia a cerca de si las categorías, los prototipos o las dimensiones tienen más sentido teórico y psicométrico (Bifulco, Mahón, Kwon, Moran, & Jacobs, 2003; Shaver & Mikulincer, 2009). Griffin

& Bartholomew (1994a) han argumentado al respecto que el enfoque categorial consiste únicamente en ubicar a cada individuo en el grupo más apropiado, el enfoque dimensional evita la pérdida de información que ocurre al dividir a las personas en grupos, mientras que el enfoque prototípico permite definir tipos de personas y reconocer que no todos los miembros de un grupo lo ejemplifican igualmente, permitiendo así evaluar cómo ajusta un individuo en cada prototipo.

En la literatura de apego existe una gran variabilidad en el uso de medidas que difieren notablemente en términos de dominio (familia, compañeros, relaciones románticas), método (entrevista, auto-informe) y sistemas de clasificación (categorías, prototipos o dimensiones) (Bartholomew & Shaver, 1998). Cuando Hazan & Shaver (1987) desarrollaron la medida de autoinforme llamada *Adult Attachment Styles* (AAS, Hazan & Shaver, 1987), que clasifica a los sujetos en términos de los tres estilos de apego seguro, ambivalente y temeroso/evitativo, adoptaron un enfoque categorial ya que su modelo fue diseñado para ser paralelo a la clasificación de patrones de apego infantil propuesta por Ainsworth (Brennan et al., 1998). Sin embargo, encontraron que dichas categorías eran ambiguas con respecto al estatus ontológico de los patrones de apego, y optaron por explicarlas en base a dos dimensiones denominadas ansiedad y evitación (Fraley & Waller, 1998), que gran parte de las investigaciones apoyaban como subyacentes a los patrones de apego adulto (Mikulincer & Shaver, 2007).

A partir del cambio adoptado por Hazan & Shaver y con la reconceptualización de Bartholomew & Horowitz (1991), se adoptó un enfoque de prototipos en el que los individuos son evaluados de forma continua respecto al grado en que ajustan a cada patrón de apego (Griffin & Bartholomew, 1994b), y aunque el uso de técnicas taxométricas demostró que las diferencias individuales en la organización del apego adulto son mejor conceptualizadas en términos dimensionales, Griffin & Bartholomew

(1994a) argumentaron que las dos dimensiones subyacentes no son suficientes para describir la orientación de apego de un individuo y recomendaron no abandonar los prototipos a favor de ellas, ya que conocer cómo las personas se ajustan a cada uno de los cuatro prototipos ayudaría a explicar mejor las conductas interpersonales

1.3. Estructura Factorial del Apego

Existe un consenso general entre la gran mayoría de investigadores sobre las dimensiones ansiedad y evitación subyacentes de apego (Mikulincer & Shaver, 2007). Brennan et al. (1998) realizaron análisis factoriales con 323 ítems (tomados de todas las escalas existentes en aquella fecha) y encontraron que ansiedad y evitación aparecían como las dimensiones básicas de las medidas de autoinforme de estilos de apego adulto, siendo además apoyados por otros autores (por ejemplo, Allen, Kelley, Miyatake, Gurklis, & Van Kammen, 2001; Alonso-Arbiol, Balluerka, & Shaver, 2007, Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver, & Gillath, 2008; Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992; Stein et al., 2002). Por otra parte, Sanford (1997) utilizó los ítems de Hazan & Shaver (1987) y obtuvo también un modelo de dos dimensiones a las que denominó ansiedad y cercanía.

Pocos estudios han realizado análisis factoriales utilizando únicamente el Cuestionario de Relación (*The Relationship Questionnaire*, RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991); de hecho, Bartholomew y cols. (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994a) tampoco lo han hecho en ninguno de sus estudios. Sin embargo, los estudios en que han realizado análisis de los cuatro prototipos de apego utilizando el RQ y el *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994a) han encontrado también los dos factores o dimensiones subyacentes

(Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994b; Siegert, Ward, & Hudson, 1995; Stein et al., 2002).

Otros estudios, realizados con diferentes escalas de apego, han encontrado modelos de tres factores en lugar de dos. Collins & Read (1990) hallaron los factores cercanía, dependencia y ansiedad, mientras que Becker, Billings, Eveleth, & Gilbert (1997) obtuvieron los factores seguro, preocupado y temeroso. Por otra parte, Bäckström & Holmes (2001; 2007) han llevado a cabo análisis factoriales exploratorios y confirmatorios concluyendo que un modelo alternativo al de las dos dimensiones es el de tres factores en los que los prototipos temeroso, preocupado y desapegado cargan en factores independientes, mientras que el prototipo seguro carga negativamente en los otros tres factores. En base a estos resultados, Bäckström & Holmes (2001; 2007) proponen que una solución tridimensional que incorpora la medición de la dimensión seguridad/inseguridad a la medición de las dimensiones evitación y ansiedad estaría más en consonancia con los principales postulados de la teoría del apego, ya que dicha teoría inicialmente proponía la existencia de un sentido de seguridad o la falta de seguridad como algo precedente a las experiencias de ansiedad y evitación (Bowlby, 1973, 1988).

Por otra parte, Carver (1997) encontró cuatro dimensiones, identificadas como evitación, seguridad, fusión ambivalente y preocupación ambivalente. Holmes & Lyons-Ruth (2006) realizaron un estudio con el fin de validar la versión clínica del RQ, agregando a los cuatro prototipos de la versión original un estilo de apego adicional denominado “profundamente desconfiado”, que captura un estilo de apego que según los autores no está representado de forma explícita por las tres descripciones inseguras. El prototipo profundamente desconfiado representa una disposición relacional que predice dificultades clínicamente significativas en la interacción madre/padre-hijo, y representa un juicio globalmente negativo desde el que las personas importantes se

consideran enteramente indignas de confianza y llevan a la persona a abandonar por completo las expectativas de cuidado y apoyo.

1.4. Medidas del Apego

La evaluación del apego adulto se inició aproximadamente en los años 80. Algunos instrumentos observacionales, inspirados en el experimento de la Situación Extraña de Ainsworth descrito previamente, son el *Attachment Q-Set* (AQS; Waters & Deane, 1985) y el *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification* (AMBIANCE; Goldberg, Benoit, Blokland, & Madigan, 2003). Bartholomew & Horowitz (1991) desarrollaron las entrevistas semiestructuradas llamadas *Family Attachment Interview* (FAI) y *Peer Attachment Interview* (PAI). La *Adult attachment interview* (AAI, George, Caplan, & Main, 1985), creada para evaluar las características de las representaciones mentales que tienen los adultos de sus experiencias y relaciones parentales en su infancia, basa sus puntuaciones en la calidad de las experiencias infantiles y la forma en que la persona entrevistada las describe, integra y da significado en el presente. Mas adelante, algunos autores desarrollaron métodos alternativos para puntuar dicha entrevista, como son la evaluación *Q-Sort* (Kobak, 1989), la cual enfatiza en la relación entre regulación afectiva y estilo de apego, examinando el uso de estrategias emocionales de hiperactivación versus desactivación, y *The Marital Q-Sort* (Kobak & Hazan, 1991) que evalúa dos dimensiones de apego en la relación actual, denominadas confianza en la pareja y disponibilidad psicológica.

En materia de cuestionarios de autoinforme se han desarrollado instrumentos como *The Inventory of Peer Attachment* (IPA; Armsden & Greenberg, 1987), el *Multi-Item Measure of Adult Romantic Attachment* (MIMARA; Brennan & Shaver, 1995), el *Adult Attachment Prototype Rating* (AAPR; Strauss, & Lobo-Drost, 2001) y la

Psychosis Attachment Measure (PAM, Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006), entre otros. Recientemente, Ravitz y cols. (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010) realizaron una revisión de las entrevistas y cuestionarios más utilizados durante los últimos 25 años (ver Tabla 3).

Para validar el modelo de apego adulto de Bartholomew (1990), se crearon el Cuestionario de Relación (*Relationship Questionnaire*, RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991) y el RSQ (Griffin & Bartholomew, 1994a). El RQ consiste en una adaptación de las medidas de Hazan & Shaver (1987) y contiene cuatro párrafos que describen cada patrón prototípico de apego (aplicado a cualquier tipo de relación en general). Los prototipos evaluados por el cuestionario son el seguro, temeroso, preocupado y desapegado. Para responder el cuestionario se debe puntuar el grado de acuerdo con cada descripción de los prototipos en una escala tipo likert de 7 puntos (1- Muy en desacuerdo a 7- Muy de acuerdo). Por último, la persona debe elegir un único párrafo, el que le represente de manera más significativa.

El RQ ha sido diseñado para obtener puntuaciones continuas de cada persona en cada uno de los patrones de apego, si bien puede utilizarse también para clasificar al sujeto en su mejor ajuste a algún prototipo según la puntuación más alta que éste elija. Sin embargo, cuando la persona elige dos o más categorías es difícil manejar los datos y, por ello, en la segunda parte del cuestionario se le pide que elija un único prototipo con el que más se identifique. Aunque el cuestionario puede utilizarse de manera categorial sus autores afirman que esto no es muy recomendable, y sugieren que el mejor enfoque es el continuo, mediante prototipos o dimensiones.

Tabla 1. Principales Instrumentos de Evaluación de Apego en Adultos (Adaptada de Ravitz et al., 2010)

Escala	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías/ Dimensiones	Referencia
<i>Entrevistas</i>				
Adult attachment interview (AAI)	20	Padres	C	George, Caplan, & Main (1985)
Adult attachment interview as a Questionnaire (AAIQ)	20	Padres	C	Crandell, Fitzgerald, & Whipple (1997)
Adult attachment projective (AAP)	8	No especifica	C	George & West (2001) Buchheim, George, & West (2003)
Attachment style interview (ASI)	N.A.	Relaciones cercanas	C	Bifulco, Moran, Ball, & Bernazzani (2002)
Couple attachment interview (CAI)	29	Pareja	C	Cohn & Silver (1992)
Current relationship interview (CRI)	22	Parejas	C	Crowell & Owens (1996)
Marital attachment interview (MAI)	16	Esposo/a	C	Dickstein, Seifer, St-Andre, & Schiller, (2001)
Secure base scoring system (SBSS)	8	Parejas	D	Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan, & Waters (2002)
<i>Cuestionarios de autoinforme</i>				
Adult attachment styles	1	Relaciones intimas	C	Hazan & Shaver (1987)
Adult attachment questionnaire (AAQ)	17 13	Pareja	D	Simpson (1990) Simpson, Rholes, & Phillips (1996)
Avoidant attachment questionnaire for adults (AAQA)	22	General	D	West & Shlerdon-Kellor (1992)

(Continuación Tabla 1)

Escala	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías/ Dimensiones	Referencia
Adult attachment scale (AAS) y Revised adult attachment scale (RAAS)	21 18	Pareja	D	Collins & Read (1990) Collins (1996)
Attachment history questionnaire (AHQ)	51	Pareja	C y D	Pottharst (1990)
Attachment and object realtions inventory (AORI)	75	Padres, compañeros, parejas y sí mismo	D	Buelow, McClain, & McIntosh (1996)
Attachment style questionnaire (ASQ)	40	Relaciones cercanas	D	Feeney, Noller, & Hanrahan (1994)
Continued attachment scale (CAS)	12	Padres	D	Berman, Heiss, & Sperling (1994)
Client attachment to therapist scale (CATS)	36	Terapeuta	C	Mallinckrodt, Gantt, & Coble (1995)
Experiences in close relationships (ECR) y experiences in close relationships-revised (ECR-R)	36	Pareja (o general)	D	Brennan, Clark, & Shaver (1998) Fraley & Shaver (2000)
Measure of attachment qualities (MAQ)	14	General	C	Carver (1997)
Mother Father Peer scale (MFPS)	70	Padres y compañeros	D	Epstein (1983)
Maternal separation anxiety scale (MSAS)	35	Niño	D	Hock, McBride, & Gnezda (1989)
Parental attachment questionnaire (PAQ)	55	Padres (de adolescentes)	D	Kenny (1987)
Parents of adolescents separation anxiety scale (PASAS)	35	Adolescentes Niños	D	Hock, Eberly, Bartle-Haring, Ellwanger, & Widaman (2001)

(Continuación Tabla 1)

Escala	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías/ Dimensiones	Referencia
Parenting bonding instrument (PBI)	50	Padres	D	Parker, Tupling, & Brown (1979) Parker, Roussos, Hadzi-Pavlovic, Mitchell, Wilhelm, & Austin (1997)
Reciprocal attachment questionnaire for adults (RAQA)	15	Figura de apego más importante	D	West, Sheldon, & Reiffer (1987) West & Sheldon (1988) West & Sheldon-Kellor (1992, 1994)
Relationship questionnaire (RQ)	4	Pareja	C y D	Bartholomew & Horowitz (1991)
Relationship scales questionnaire (RSQ)	30	Pareja	C y D	Griffin & Bartholomew (1994)
Revised inventory of parental attachment (R-IPA)	30	Niños	D	Johnson, Ketring, & Abshire (2003)
Vulnerable attachment style questionnaire (VASQ)	23	Apoyo	D	Bifulco, Mahon, Kwon, Moran, & Jacobs (2003)

Para derivar las dimensiones MS y MO subyacentes a los cuatro prototipos se pueden hacer combinaciones lineales de las puntuaciones de los mismos, aplicando las siguientes fórmulas:

- Modelo de sí mismo: (seguro + evitativo) – (preocupado + temeroso), o si se prefieren los resultados en términos de Ansiedad: (preocupado + temeroso) - (seguro + evitativo).

- Modelo de los otros: (seguro + preocupado) – (temeroso + evitativo), o si se prefieren los resultados en términos de Evitación: (temeroso + evitativo) - (seguro + preocupado).

El RQ es un instrumento altamente utilizado en estudios transversales y longitudinales, con muestras clínicas y no clínicas, debido a que es breve, fácil de aplicar y puntuar, se ha encontrado que no es afectado por sesgos de deseabilidad social (Leak & Parsons, 2001) y permite examinar la relación entre modelos de funcionamiento internos y criterios culturales externos (Bartholomew, 1994; Griffin & Bartholomew, 1994a). En el estudio empírico reportado en la presente tesis se utilizó la versión en inglés (ver Anexo 3) para la muestra americana y la versión en castellano utilizada en el estudio de Schmitt et al., (2004) para la muestra española (ver Anexo 4).

1.5. Estudios Transculturales del Apego

Los estudios transculturales en el campo del apego pretenden identificar cuales aspectos son generales y cuales son propios de cada cultura, lo que posibilitaría la comprensión de las trayectorias y estrategias de regulación afectiva (Mikulincer et al., 2003), ya que al centrarse las diferencias que se encuentran en la distribución transcultural de los patrones de apego y no en su uniformidad, podríamos obtener un mayor conocimiento acerca de lo que es universal y lo que es específico de cada cultura (van IJzendoorn, 1990).

Respecto a la universalidad del apego existen dos posturas. A la primera pertenecen quienes apoyan la idea de que el apego es un mecanismo biológico innato, propio de la especie humana, y que la cultura, en condiciones particulares, ejerce influencias en las manifestaciones de comportamientos observables específicos de esta herencia biológica (Cassidy & Shaver, 1999; Main, 1990; van IJzendoorn & Sagi, 1999). En la segunda se ubican quienes critican dicha concepción de universalidad y argumentan que las raíces de la teoría del apego son específicas de los valores culturales occidentales, teniendo una aplicabilidad poco generalizable para todas las demás culturas (Pearson & Child, 2007; Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake, & Morelli, 2000a; 2000b).

Aunque pocos estudios han comparado la activación del sistema de apego en diferentes culturas (Shaver, Mikulincer, Alonso-Arbiol, & Lavy, 2010), algunos autores han reportado relaciones entre apego, etnia, género y orientación sexual (Arbona & Power, 2003; Hahm, Lahiff, & Barreto, 2006; Mohr & Fassinger, 2003; Wei, Russell, Mallinckrodt, & Zakalik, 2004). Schmitt et al. (2004) han argumentado que dependiendo de los grados de amenaza las personas pueden tener diversos umbrales de activación del sistema de apego; es decir, las personas en diferentes culturas y condiciones, que se encuentran bajo frecuentes amenazas y desafíos (por ejemplo, epidemias, guerras, desastres naturales, etc.) suelen estar más predispuestas y orientadas a buscar refugio, apoyo y protección, en lugar de exploración, reconocimiento y/o admiración por sus logros.

Aunque existe poca literatura sobre investigaciones transculturales en apego adulto, los pocos estudios realizados indican que los grados de ansiedad y evitación en apego difieren entre países y culturas. Schmitt et al. (2004) realizaron un estudio utilizando el RQ en 62 países y encontraron que los ítems de apego seguro y temeroso

correlacionaron negativamente en el 63% de las culturas, mientras que los ítems de apego preocupado y desapegado sólo presentaron una correlación negativa en un 25% de las culturas. Su análisis de componentes principales mostró que las dimensiones MS y MO no subyacen a los cuatro prototipos de la misma manera en todas las culturas. En concreto, en las regiones donde los resultados no confirman el modelo (por ejemplo, Europa Occidental y América del Sur) el prototipo desapegado, el preocupado y el temeroso formaron un solo grupo y el prototipo seguro formó otro grupo separado.

Alonso-Arbiol et al. (2007, 2008) compararon la estructura factorial y las cargas de los ítems del cuestionario *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998) entre una muestra Española y una Americana, encontrando que la media de ansiedad en la muestra Española era más alta que la de la muestra Americana, y que la media de evitación en la muestra Española fue ligeramente más baja que la de la Americana.

Wei, Russell, Mallinckrodt, & Zakalik (2004) realizaron un estudio con cuatro grupos étnicos (Afroamericanos, Asiáticos, Hispanos y Caucásicos) para comprobar que las variables ansiedad y evitación se presentaban de forma similar en los cuatro grupos. Sin embargo, encontraron que los Asiáticos e Hispanos reportaron mayor apego ansioso, mientras que los Afroamericanos y Asiáticos reportaron mayor apego evitativo. En otro estudio, realizado por Imamoglu & Imamoglu (2006) con adultos jóvenes Turcos, encontraron que las frecuencias de los estilos de apego en dicha muestra eran similares a las de culturas occidentales, indicando validez intercultural en las orientaciones del apego.

Por otra parte, Rothbaum et al. (2000a) realizaron un estudio teórico comparando la visión del apego desde el punto de vista Americano y el Japonés, concluyendo que la mayoría de medidas son desarrolladas en y para un contexto

occidental, que evalúan conceptos que para los japoneses son muy diferentes y que por tanto, los resultados se prestan a confusiones que hacen necesaria una mayor revisión sobre la universalidad del apego.

You & Malley-Morrison (2000) realizaron un estudio comparativo con dos muestras de jóvenes Americanos y Coreanos utilizando el RQ y otras escalas, encontrando que los Coreanos puntuaron más alto en la escala de apego preocupado, reportaron menos relaciones íntimas y más expectativas negativas que los Americanos. En otro estudio, realizado por Malley-Morrison, You, & Mills (2000), encontraron resultados similares, donde los Coreanos presentaron un estilo de apego preocupado más alto que los Americanos.

2. La Hipótesis de las Psicosis como un *Continuum*

La hipótesis del *continuum* en psicosis hace referencia a la existencia de un amplio abanico o espectro, que abarca desde una relativa normalidad/salud, pasando por desviaciones subclínicas, hasta el brote manifiesto de psicosis, y permite detectar sujetos de la población general, que comparten características cognitivas, emocionales y comportamentales con pacientes que presentan rasgos de esquizotipia o síntomas de esquizofrenia (Kwapil et al., 2008).

El fenotipo conocido como esquizotipia, propensión a psicosis, experiencias pseudo-psicóticas o estados mentales de alto riesgo, se expresa en niveles más bajos que su manifestación clínica (Meehl, 1962; Siever, Kalus, & Keefe, 1993; Chapman, Chapman, Raulin, & Eckblad, 1994; Claridge, 1997; Crow, 1998; Kwapil, 1998; Verdoux et al., 1998; van Os, Driessen, Gunther, & Delespaul, 2000; Stefanis et al., 2002; Vollema, Sitskoorn, Appels, & Kahn, 2002; Yung et al., 2003). Los rasgos de la esquizotipia se distribuyen entonces en la población general en formas suaves o expresiones sutiles (Stefanis et al., 2002; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul & Krabbendam, 2009).

El modelo del *continuum* sugiere que entre las manifestaciones propias de la esquizotipia y la esquizofrenia, las diferencias son cuantitativas y no cualitativas, siendo similares a nivel fenotípico y compartiendo factores etiopatogénicos que se reflejan como un espectro psicopatológico (Allardyce, Suppes, & van Os, 2007; Horan, Blanchard, Clark, & Green, 2008). Por esta razón, la importancia de identificar y estudiar a individuos con esquizotipia radica en que facilitaría la determinación de factores etiológicos evitando las complicaciones y confusión generadas por efectos de la

esquizofrenia, tales como la hospitalización, medicación, estigma social, etc., y a su vez, asistir en el desarrollo de intervenciones tempranas y tratamientos profilácticos.

Existen dos enfoques explicativos tradicionales de la esquizotipia (Claridge & Beech, 1995). Por una parte está el modelo “cuasi-dimensional”, que asume el concepto de enfermedad y hace referencia a los diferentes grados de expresión de la misma, ubicando el trastorno en un marco categorial y dicotómico en el que se habla en términos de presencia/ausencia y salud/enfermedad. Por otra parte, el modelo “totalmente-dimensional” parte de una noción inicial de normalidad/salud para describir las variaciones en este rasgo, explicar la predisposición al trastorno y, en el extremo final del espectro, hablar de psicopatología, dando lugar a cierta continuidad entre los estados de salud y enfermedad. Desde el punto de vista totalmente dimensional de la psicosis se sugiere que los rasgos de esquizotipia constituyen el extremo no patológico del espectro fenomenológico y etiológico que culmina con la esquizofrenia clínica (Claridge & Beech, 1995; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2012).

El enfoque “totalmente dimensional” se corrobora empíricamente mediante la demostración de que las anomalías fisiológicas, cognitivas y neuropsicológicas halladas en pacientes con esquizofrenia se presentan también en personas “normales” con rasgos esquizotípicos. Ello, además, permite establecer marcadores de vulnerabilidad que posibilitan la detección, prevención e intervención precoz sobre el desarrollo del trastorno. Para lo cual se han realizado gran cantidad de estudios en esquizotipia, que brindan una mayor descripción y precisión de los factores del constructo, haciéndolos comparables a los de la esquizofrenia (Raine & Allbutt, 1989), permitiendo desentrañar la estructura dimensional de dichos fenotipos y la comprensión de la heterogeneidad del constructo.

En la presente tesis se asume el enfoque “totalmente-dimensional” para entender la esquizotipia como el conjunto de rasgos de personalidad normal que indican cierta vulnerabilidad a la psicosis y que se encuentran distribuidos en la población general. Por ello se utilizan muestras de población no clínica, en las que se evalúan las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia en relación con los diferentes aspectos afectivos, cognitivos y conductuales de los estilos de apego adulto.

3. Esquizotipia

La esquizotipia fue descrita inicialmente por Kraepelin (1913/1919) y Bleuler (1911/1950). Kraepelin describió la existencia de rasgos “pseudo esquizofrénicos” previos a la enfermedad en los pacientes y sus familiares. Bleuler introdujo el término de “esquizofrenia latente” para referirse a un tipo de trastorno de personalidad cuantitativamente menos grave que la esquizofrenia pero fenotípicamente similar, identificándolo también en los familiares de pacientes esquizofrénicos, y más tarde denominó a esta estructura de personalidad como “esquizoidía”. Posteriormente Kretschmer (1925) denominó dichas características como “temperamento esquizoide”.

A partir de las aportaciones hechas por los autores previamente mencionados, Rado (1953) acuñó el término “esquizotipia” como el acrónimo de “fenotipo esquizofrénico” (“*schizophrenic phenotype*”). En 1962 Meehl redefinió la esquizotipia como una organización de la personalidad resultante de un déficit neurointegrativo llamado “esquizotaxia” que, debido a factores genéticos, hacía al individuo más propenso al desarrollo de la esquizofrenia, dando lugar al constructo de “vulnerabilidad a la psicosis” posteriormente difundido por Chapman y sus colaboradores (Chapman & Chapman, 1985; Chapman, Chapman, Raulin, & Eckblad, 1994).

En la actualidad encontramos que el concepto de esquizotipia es abordado desde diferentes enfoques, variando su interpretación y uso en función del modelo teórico y el contexto. La esquizotipia puede subsumirse bajo la perspectiva categorial del DSM-IV como Trastorno de Personalidad Esquizotípico. Como expresión fenotípica en la genética de la esquizofrenia. Desde el modelo del *continuum*, como parte del espectro de las psicosis. Desde el contexto de las diferencias individuales, como una dimensión más de la personalidad presente en la población general.

Según Claridge (1997) y Claridge & Beech (1995), la esquizotipia en su naturaleza totalmente dimensional incluye desde manifestaciones saludables y adaptativas, hasta manifestaciones patológicas, resultantes de la combinación de variaciones genéticas, ambientales y de personalidad, distribuidas en la población general. No obstante, a pesar de que posee una estructura similar a la de la esquizofrenia, el número de dimensiones, su naturaleza y contenido no se han aclarado aún, debido a la heterogeneidad de los instrumentos y las muestras utilizadas (Fonseca et al., 2007).

Finalmente, la esquizotipia podría sintetizarse como una tendencia a mostrar signos sutiles similares a los de la esquizofrenia en ausencia de psicosis franca; constituyendo un conjunto de rasgos no patológicos de la personalidad, entendidos como factores de riesgo o predictores del desarrollo de la enfermedad (Lemos, Inda, López, Paíno, & Besteiro, 1999). Según Meehl (1962, 1964), dichos signos incluirían un leve deterioro cognitivo, anhedonia, ambivalencia, evitación y ansiedad social. Además las personas con esquizotipia se caracterizan también por presentar comportamientos excéntricos, erráticos, bizarros y una tendencia al aislamiento a menudo relacionada con ideas paranoides (Lyddon & Sherry, 2001).

3.1. Dimensiones y Estructura Factorial de la Esquizotipia

La hipótesis del *continuum* plantea que tanto la esquizofrenia como la esquizotipia son constructos multidimensionales debido a su importante heterogeneidad sintomática, en curso, niveles de deterioro y respuesta a tratamiento (Kwapil et al., 2008). Por lo tanto, es enormemente relevante la comprensión de dicha heterogeneidad como base para explorar mecanismos etiológicos subyacentes.

Según van Os, Kenis, & Rutten (2010) las dimensiones que caracterizan el fenotipo psicótico son la desregulación afectiva (depresión, manía, ansiedad), psicosis (delirios y alucinaciones), síntomas negativos (deterioro motivacional) y alteraciones cognitivas. Sin embargo, en el campo de la esquizotipia, las dimensiones más frecuentemente replicadas son la positiva (Andreasen, Nopoulos, Schultz, & Miller, 1994; Cicero & Kerns, 2010; Kwapil et al., 2008) y negativa (Andreasen, 1982; Blanchard & Cohen, 2006; Kwapil et al., 2008); y en menor grado la dimensión conocida como desorganización cognitiva y conductual (Bilder, Mukherjee, Rieder, & Pandurangi, 1985; Liddle, 1987).

La dimensión positiva se caracteriza por creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales, ideas de referencia y pensamiento mágico, que en su manifestación extrema pueden llegar a convertirse en alucinaciones y delirios, y que generalmente se asocian con afecto negativo y desregulación emocional (Barrantes-Vidal, Ros-Morente, & Kwapil, 2009; Lewandowski et al., 2006). La dimensión negativa se caracteriza por aplanamiento afectivo, desinterés social, abulia, anhedonia, disminución del funcionamiento cognitivo y alogia (Gross, Silvia, Barrantes-Vidal, & Kwapil, 2012; Kwapil et al., 2008). La dimensión de desorganización se caracteriza principalmente por conductas excéntricas, pensamientos y habla extraños (Kwapil, Ros-Morente, Silva, & Barrantes-Vidal, 2012). También se han sugerido otras posibles dimensiones como paranoia (Stefanis et al., 2004) y disconformidad-impulsividad (Chapman et al., 1984; Kendler & Hewitt, 1992; Martínez-Suárez et al., 1999; Muntaner, García-Sevilla, Fernández, & Torrubia, 1988), sin embargo no hay aún un consenso en cuanto a su naturaleza y contenido.

Estudios epidemiológicos y clínicos avalan modelos en los que de forma reiterada se apoya la validez de constructo de las dimensiones positiva y negativa

(Fonseca et al., 2007; Gibbons, Lewine, Davis, Schooler, & Cole, 1985; Keefe et al., 1992; Kwapil et al., 2008, 2012; Peralta, Cuesta, & de León, 1992). También se han identificado otros factores como discoformidad, ansiedad social/desorganización cognitiva (Claridge et al., 1996; Venables, 1995; Vollema & van den Bosch, 1995), y se han descrito modelos tridimensionales con los factores cognitivo-perceptuales, interpersonales y desorganizados (Arndt, Alliger, & Andreason, 1991; Battaglia, Cavallini, Macciardi, & Bellodi, 1997; Bergman, Silverman, Harvey, Smith, & Siever, 2000; Lenzenweger, Dworkin, & Wethington, 1991; Raine et al., 1994), tetradimensionales (Kay & Sevy, 1990; Peralta, Cuesta, & de León, 1994; Peralta, de León, & Cuesta, 1992), pentafactoriales (Chmielewski & Watson, 2008; Kawasaki et al., 1994; Lindenmayer, Bernstein-Hyman, & Growoski, 1994; Salokangas, 1997) (Ver Tabla 2). Sin embargo, aunque los defensores de la existencia de una tercera, cuarta o quinta dimensión afirman que se componen mayoritariamente de síntomas de carácter cognitivo y emocional-afectivo, resulta necesaria más investigación al respecto (Vollema & van den Bosch, 1995).

3.2. Medidas de la Esquizotipia

Una gran variedad de entrevistas y cuestionarios han sido creados para evaluar los trastornos del espectro psicótico, incluyendo los rasgos y síntomas esquizotípicos. Algunas de las entrevistas más utilizadas en dicho campo son: *The Symptom Schedule for the Diagnosis of Borderline Schizophrenia* (Khouri, Haier, Rieder, & Rosenthal, 1980), *Schedule for Schizotypal Personalities* (Baron, Asnis, & Gruen, 1981), *Structured Interview for Schizotypy* (SIS; Kendler, Lieberman, & Walsh, 1989), *Structured Interview for DSM-IV Personality* (Pfohl, Blum, & Zimmerman, 1994), *Structured Clinical Interview for DSM-IV (Axis II Personality Disorders)* (First,

Tabla 2. Principales Investigaciones sobre la Estructura Factorial de la Esquizotipia (adaptado de Martínez Suárez et al., 1999; Vollema & van den Bosch, 1995).

Estructura	Factores	Escalas	Muestra	Referencia
<i>Bifactorial</i>	Positivo Anhedonia	LSHS, PAS, STA, STB, NP, EPQ-P, SoA	N=114 Estudiantes universitarios	Raine & Allbutt (1989)
	Esquizofrenismo Anhedonia	SS	N=567 Adolescentes	Venables et al. (1990)
	Positivo Negativo	MSTQ	N=136 Estudiantes adolescentes	Rawlings & McFarlane (1994)
	Positivo Negativo	PhA, PAS, MIS, IN, IA, CS, SF, NP, GM, Mini-Mult 2-7-8, STA	N=136 Estudiantes	Kelley & Coursey (1992)
	Cognitivo/perceptual Anhedonia y psicoticismo	SPQ, EPQ-P, STA, STB, LSH, VSS, MIS, PAS, PhA, SoA	N=537 Estudiantes universitarios	Lipp, Arnold & Siddle (1994)
<i>Trifactorial</i>	Positivo Impulsividad Introversión	EPQ, STA, STB, PAS, MIS, PhA, SoA	N=735 Población general	Muntaner et al. (1988)
	Pensamiento mágico Experiencias Perceptuales Inusuales Ideación paranoide	STA	N=420 Población general	Hewitt & Claridge (1989)
	Positivo Ansiedad social Negativo	CSTQ	N=180 Población general	Bentall et al. (1989)

(Continuación Tabla 2)

Estructura	Factores	Escalas	Muestra	Referencia
	Positivo No conformidad Anhedonia social-Ideación paranoide	MIS, LSHS, PAS, CMI, CPA, CPI, EPQ, IN, PhA, SoA	N=409 Población general	Kendler & Hewitt (1992)
	Positivo Negativo No conformidad	MSTQ	N=136 Estudiantes adolescentes	Rawlings & McFarlane (1994)
	Autismo Irrealidad Activación	SPQ	N=151 Estudiantes universitarios	Gruzelier (1996)
	Interpersonal Cognitivo-perceptual Desorganización	SPQ-B	N=237 Pacientes psiquiátricos adolescentes	Axelrod, Grilo, Sanislow & McGlashan (2001)
<i>Trifactorial</i>	Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	SPQ, PAS	N=345 adultos normales N=115 adolescentes normales	Chen, Hsiao & Lin (1997)
	Cognitivo-Perceptual Déficits interpersonales Desorganización	SPQ	N=347 Pacientes psiquiátricos y Población general	Rossi & Daneluzzo (2002)
	Neuroticismo Extraversión Psicoticismo	MIS, LSHS, PAS, CMI, CPA, CPI, EPQ, IN, PhA, SoA (Reanálisis de los datos de Kendler y Hewitt (1992))	N=409 Población general	Eysenck & Barrett (1993)
	Positivo Negativo No conformidad Impulsiva	MSTQ	N=721 Estudiantes adolescentes	Martínez-Suárez et al. (1999)

(Continuación Tabla 2)

Estructura	Factores	Escalas	Muestra	Referencia
	Positivo Negativo Desorganizado	SPQ, PAS, MIS	N=1366 Estudiantes	Suhr & Spitznagel (2001)
	Psicoticismo Neuroticismo Extraversión Impulsividad	EPQ, DPQ, PAS, UW, SP, SR, SC, PhA	N=105 Pacientes psiquiátricos	van den Bosch & Luteijn (1990)
	Esquizofrenismo Anhedonia social Anhedonia física Susceptibilidad	SS	N=221 Población general	Venables et al. (1990)
<i>Tetrafactorial</i>	Positivo Ansiedad social Negativo Asocial	CSTQ	N=180 Población general	Bentall et al. (1989)
	Positivo Neuroticismo-Ideación paranoide No conformidad Esquizotipia social	MIS, LSHS, PAS, CMI, CPA, CPI,EPQ, IN, PhA, SoA	N=409 Población general	Kendler & Hewitt (1992)
	Positivo Negativo No conformidad impulsiva Ideación paranoide	MSTQ	N=136 Estudiantes adolescentes	Rawlings & McFarlane (1994)

(Continuación Tabla 2)

Estructura	Factores	Escalas	Muestra	Referencia
Tetrafactorial	Experiencias Inusuales Desorganización cognitiva Anhedonia Introversa Disconformidad Impulsiva	CSTQ	N=1095 Población general	Claridge et al. (1996)
	Experiencias Inusuales Desorganización cognitiva Anhedonia Introversa Disconformidad Impulsiva	O-LIFE	N=508 Estudiantes y Población general	Mason et al. (1995)
	Pensamiento mágico Suspiciosa paranoide y aislamiento Experiencias perceptuales inusuales Ansiedad social	STA	N=1073 Población general	Rawlings, Claridge & Freeman (2001)
	Positivo Negativo Desorganizado Pensamiento paranoide	SPQ, PAS, MIS	N=348 Estudiantes con alta esquizotipia	Suhr & Spitznagel (2001)
Pentafactorial	Cognitivo Perceptual Anhedonia social Impulsividad-disconformidad Anhedonia Física	MSTQ	N=492 Estudiantes adolescentes	DiDuca & Joseph (1999)

Nota: CMI: Claridge Magical Ideation; CPA: Claridge Perceptual Aberrations; CPI: Claridge Paranoid Ideation; CSTQ: Combined Schizotypal Traits Questionnaire; DPQ: Differential Personality Questionnaire; UW: Unfriendly World; SC: Social Closeness; SP: Social Potency; SR: Stress Reaction; EPQ: Eysenck Personality Questionnaire; EPQ-P: Eysenck Personality Questionnaire (Psychoticism); EQS-SPQ: Equation Questionnaire Scale (Schizotypal Personality Disorder); IN: Impulsive Nonconformity Scale; LSHS: Launay Slade Hallucination Scale; MIS: Magical Ideation Scale; MSTQ: Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire; NP: Schizophrenism; PAS: Perceptual Aberration Scale; PhA: Physical Anhedonia; SoA: Social Anhedonia; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SIDP: Structured Interview for DSM-III Personality Disorders; SPQ: Schizotypal Personality Questionnaire; SS: Schizotypal Scale; STA: Schizotypal Personality Scale; STB: Borderline Personality Scale.

Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997), *International Personality Disorder Examination* (Loranger, 1999), entre otras.

Existe también una gran variedad de cuestionarios para la evaluación de rasgos esquizotípicos. Los primeros intentos de medición se remontan a los estudios de Golden & Meehl (1979) con el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) y las investigaciones del equipo de Loren y Jean Chapman. Mas adelante se crearon instrumentos como las escalas *The Social Fear* (Raulin & Wee, 1984), *Intense Ambivalence* (Raulin, 1984), *Psicoticism scale* (Eysenck, Eysenck, & Barrett, 1985), *Cognitive Slippage* (Miers & Raulin, 1985), *Rust Inventory of Schizoid Cognitions* (Rust, 1988), *Kings Schizotypy Questionnaire* (Jones et al., 2000), *Communitary Assessment of Psychic Experiences* (CAPE; Stefanis et al., 2002), entre otras.

Por otra parte Fonseca et al. (2008) realizaron una revisión sobre las pruebas más importantes para la medición de esquizotipia (ver Tabla 3), concluyendo que de todos los instrumentos utilizados las *Escalas de Vulnerabilidad a las Psicosis de Wisconsin* son las más ampliamente investigadas y las que gozan de mayor validación. En los años 70's el equipo de investigación de Loren y Jean Chapman en la Universidad de Wisconsin desarrolló una amplia variedad de cuestionarios de autoinforme diseñados para medir los rasgos de personalidad descritos por Meehl (1962) y los síntomas característicos de los estados pre-esquizofrénicos. Estos cuestionarios son conocidos más genéricamente como “escalas de vulnerabilidad a la psicosis” (Chapman, Chapman, & Miller, 1982). Dichas escalas son la base preparatoria de medidas de evaluación de esquizotipia desarrolladas hasta la actualidad (Chapman, Chapman, & Kwapil, 1995), y han sido ampliamente utilizadas en estudios transversales y longitudinales con pacientes psicóticos y población no clínica (Barrantes-Vidal et al., 2009; Barrantes-Vidal, Lewandowski, & Kwapil, 2010; Kaczorowski,

Tabla 3. Principales Instrumentos de Evaluación de la Esquizotipia (Fonseca et al., 2008)

Nombre de la escala	Nº ítems	Formato	Referencia
Perceptual Aberration Scale (PAS)	35	V/F*	Chapman, Chapman, & Raulin (1978)
Physical Anhedonia Scale (PhA)	61	V/F*	Chapman, Chapman, & Raulin (1976)
Social Anhedonia Scale (SA)	48	V/F*	Chapman <i>et al.</i> (1976)
Revised Social Anhedonia Scale (RSAS)	40	V/F*	Eckblad, Chapman, Chapman, & Mishlove (1982)
Magical Ideation Scale (MIS)	30	V/F*	Eckblad & Chapman (1983)
The Intense Ambivalence Scale (IAS)	45	V/F*	Raulin (1984)
Schizotypal Traits Questionnaire (STA)	37	V/F*	Claridge & Broks (1984)
Schizotypy Scale (VSS)	30	V/F*	Venables, Wilkins, Mitchell, Raine, & Bailes (1990)
Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)	74	V/F*	Raine (1991)
Kings Schizotypy Questionnaire (KSQ)	63	Si/No	Williams (1993)
Junior Schizotypy Scales (JSS)	74	Si/No	Rawlings & MacFarlane (1994)
Schizotypal Personality Questionnaire Brief (SPQ-B)	22	Si/No	Raine & Benishay (1995)
Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences (OLIFE)	159	Si/No	Mason, Claridge, & Jackson (1995)
The Schizophrenia Proneness Scale of the MMPI-2 (SzP)	32	V/F*	Bolinsky, Gottesman, Nicholls, & Shapiro, 2003; Bolinsky <i>et al.</i> (2001)
Eppendorf Inventory Schizophrenia (ESI)	39	Likert 4	Mass, 2000; Mass <i>et al.</i> (2007)
Schizotypal Ambivalence Scale (SAS)	19	V/F*	Kwapil, Mann, & Raulin (2002)
Peters Delusions Inventory (PDI) 40/21**	21	Si/No Likert 5	Peters, Joseph, Day, & Garety, 2004; Peters, Joseph, & Garety (1999)
Thinking and Perceptual Style Questionnaire (TPSQ)	99	Likert 5	Linscott & Knight (2004)
Schizotypy Traits Questionnaires for Children (STA)	37	Si/No	Cyhlarova & Claridge (2005)
Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ)	108	Likert 4	Van Kampen (2006)

* V/F (Verdadero/Falso)

** El PDI-21 recoge información en tres subescalas: grado de preocupación, afectación y convicción.

Barrantes-Vidal, & Kwapil, 2009).

Las escalas de Wisconsin están compuestas por cuatro escalas. La escala de Percepción Aberrante (Chapman, Chapman, & Raulin, 1978) evalúa distorsiones perceptivas y corporales. La escala de Ideación Mágica (Eckblad & Chapman, 1983) evalúa creencias en causalidades imposibles o inválidas. La escala de Anhedonia Física (Chapman, Chapman, & Raulin, 1976) evalúa déficits en la experimentación de placer sensorial y estético, y la escala de Anhedonia Social Revisada (Eckblad, Chapman, Chapman, & Mishlove, 1982) evalúa asocialidad e indiferencia hacia los otros. También se han desarrollado las escalas de Ambivalencia (Raulin, 1984) y de Personalidad Hipomaniaca (Eckblad & Chapman, 1986). Para el estudio empírico reportado en esta tesis se utilizó la versión en inglés de las cuatro escalas de esquizotipia (ver Anexo 1) para la muestra Americana, y para la muestra Española se utilizó la versión en castellano de Ros-Morente, Rodríguez-Hansen, Vilagrà-Ruiz, Kwapil, & Barrantes-Vidal (2010) (ver anexo 2).

Las escalas de Wisconsin han sido las pioneras en la evaluación de la esquizotipia psicométrica y siguen siendo el ‘*gold standard*’ de este campo. Fonseca y cols. (Fonseca, Paino, Lemos, Sierra, & Muñiz, 2010) describen varias razones por las que las escalas de Wisconsin son el instrumento más adecuado para evaluar la esquizotipia. En primer lugar presentan validez predictiva para detectar trastornos del espectro esquizofrénico en estudios longitudinales (Chapman, Chapman, Raulin, & Eckblad, 1994; Gooding, Tallent, & Matts, 2005; Kwapil, 1998); poseen propiedades psicométricas adecuadas (Fonseca et al., 2008); se administran de manera rápida, no invasiva y las puntuaciones son de fácil interpretación (Gooding et al., 2005; Kwapil et al., 2008).

Kwapil et al., (2008) realizaron análisis factoriales confirmatorios en una muestra de 6137 adultos jóvenes sanos, que apoyaron un modelo de dos factores con las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia, donde las escalas de Percepción Aberrante e Ideación

Mágica cargaron en la primera, mientras que las dos escalas de Anhedonia Física y Anhedonia Social Revisada cargaron en la segunda. Dicha estructura factorial resultó invariable entre sexo y etnicidad de la muestra (Caucásicos y Afroamericanos). Mas adelante, Kwapil et al. (2012) han llevado a cabo un estudio comparativo con dos muestras de adultos jóvenes (Españoles y Americanos), encontrando de nuevo que los dos factores (esquizotipia positiva y negativa) son invariables entre ambas muestras.

Por otra parte, Miettunen & Jääskeläinen (2010) realizaron un meta-análisis en el cual exploraron las diferencias de género en las escalas de Wisconsin, encontrando que los hombres puntúan más alto que las mujeres en las escalas de Anhedonia (Física y Social), mientras que en las escalas de Percepción Aberrante e Ideación Mágica no presentan diferencias de género. En cuanto a la edad, Meyer & Hautzinger (1999) encontraron que los participantes jóvenes puntúan más alto que los mayores en todas las dimensiones. Contrariamente, Fonseca y cols. (2010) encontraron que la estructura dimensional de las escalas Wisconsin es invariable en género y edad.

3.3. Estudios Transculturales de la Esquizotipia

Aunque actualmente se considera que las diferencias interculturales pueden ser un factor explicativo de las diferencias en la etiología y estructura latente de la esquizotipia y la esquizofrenia, no existe aún un acuerdo universal sobre la naturaleza y estructura dimensional de ambas, y se han realizado pocos estudios transculturales al respecto. Recientemente, Kwapil et al. (2012) han examinado la estructura factorial de las escalas de Wisconsin en una muestra no clínica de adultos jóvenes Españoles y Americanos, encontrando un modelo de dos factores (esquizotipia positiva y negativa) que resultó invariable entre ambas muestras.

Otros estudios no comparativos han sido llevados a cabo con participantes Españoles (Fonseca et al., 2007), Australianos (Wuthrich & Bates, 2006), Americanos (Lewandowski et

al., 2006), Italianos (Fossati et al., 2003), Alemanes (Wolfradt & Straube, 1998), Asiáticos (Chen, Hsiao, & Lin, 1997), Griegos (Stefanis et al., 2004), Neozelandeses (Linscott & Knight, 2004) e Ingleses (Rawlings, Claridge, & Freeman, 2001), entre otros. Dichos estudios apoyan la validez del constructo de la esquizotipia. Además, otros estudios realizados utilizando el Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (Raine, 1991) también han encontrado que la estructura de la esquizotipia es invariable en género, edad, cultura y religión (Badcock & Dragovic, 2006; Fossati et al., 2003; Reynolds, Raine, Mellingen, Venables, & Mednick, 2000; Wuthrich & Bates, 2006).

4. La Teoría del Apego como Marco Conceptual del Papel de los Factores de Riesgo Psicosocial en el *Continuum* de las Psicosis

Estudios con participantes de la población general y muestras clínicas sustentan que la teoría del apego puede ser un marco teórico relevante para conceptualizar la influencia de las relaciones interpersonales sobre el desarrollo y evolución de la psicosis (Dozier, 1990), permitiendo entender “el papel de la cognición y el afecto en la determinación de la vulnerabilidad al estrés interpersonal y la recaída en la psicosis” (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2008). Shorey & Snyder (2006) argumentan que la teoría del apego ayuda a comprender cómo los estilos de apego formados en la infancia influyen en el funcionamiento psicológico durante toda la vida, pues las orientaciones del apego definen cómo la gente percibe y responde a su entorno, factor determinante en el desarrollo de la psicopatología y la respuesta a los tratamientos.

Un punto clave de investigación en la actualidad es entender el papel que los factores ambientales y psicosociales juegan en la vulnerabilidad, inicio, expresión y curso de la psicosis (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001; van Os et al., 2010). En este sentido, la teoría del apego podría ayudar a comprender el impacto de relaciones interpersonales tempranas estresantes o traumáticas en la vulnerabilidad a las psicosis. Desde la teoría del apego se postula que el ambiente adverso temprano conllevaría la distorsión del desarrollo de los esquemas mentales, la desregulación afectiva y la alteración de los patrones relacionales (Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006; Platts, Tyson, & Mason, 2002; Wilson & Costanzo, 1996), incrementando así la vulnerabilidad hacia la psicopatología. Berry et al. (2008) realizaron una revisión de la literatura existente y encontraron que los estilos de apego son un fuerte predictor de esquizotipia en adultos. Otros autores han argumentado al respecto, que dentro de los mecanismos psicológicos de la

psicosis, las respuestas a experiencias anormales son mediadas cognitivamente por creencias o evaluaciones formadas a partir de experiencias traumáticas tempranas mediante las cuales el individuo desarrolla creencias acerca del sí mismo como vulnerable y de los otros como amenazantes, incrementando así la propensión a formar o mantener síntomas. (Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994; Morrison, 2001).

Un componente fundamental de la teoría del apego es que proporciona información acerca de cómo los individuos inseguros regulan el afecto en respuesta a las experiencias interpersonales estresantes. Por tanto, dicha teoría debería ser útil para predecir cómo los estilos de apego se relacionan con las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa. Las personas con apego ansioso elevado emplean estrategias de hiperactivación que conducen a un deterioro de la capacidad para regular las emociones negativas, así como una tendencia a detectar amenazas y exagerar la angustia (Mikulincer & Shaver, 2008). Por el contrario, los individuos con alto apego evitativo utilizan estrategias de desactivación que conducen a la desestimación de posibles amenazas, tendencia a bloquear el acceso consciente a las emociones, y una menor reactividad emocional (Mikulincer & Shaver, 2008). En este sentido, y hablando en términos de prototipos de apego, el estilo preocupado, asociado con las estrategias de hiperactivación, se relacionaría con esquizotipia y esquizofrenia positiva. Numerosas investigaciones indican que la dimensión positiva de la esquizotipia y la esquizofrenia se asocia con alta reactividad emocional (Myin-Germeys & van Os, 2007) y desregulación afectiva (Kwapil, Brown, Silvia, Myin-Germeys, & Barrantes-Vidal, 2012; van Rossum, Domínguez, Lieb, Wittchen, & van Os, 2011). En cambio, el estilo desapegado, asociado con estrategias de desactivación tales como contención emocional y aislamiento interpersonal, se relacionaría con la dimensión negativa de esquizotipia y esquizofrenia. Finalmente, los individuos temerosos, que muestran una oscilación entre las estrategias de hiperactivación y desactivación, pueden presentar ambas conductas de manera caótica cuando

se encuentran angustiados (Simpson & Rholes, 2002) y por tanto se esperaría que el prototipo temeroso se relacione con ambas dimensiones de esquizotipia.

Tiliopoulos & Goodall (2009) han argumentado que aunque la dirección causal de la asociación entre apego y esquizotipia no está del todo definida, ambos constructos podrían servir como predictores o resultantes uno del otro. Al respecto, Wilson & Constanzo (1996) proponen que dicha relación puede ser bidireccional, ya que las conductas esquizotípicas pueden generar respuestas interpersonales aversivas que aumentan a la vez la tendencia a manifestar tales rasgos esquizotípicos. De este modo, las creencias negativas sobre el sí mismo y los otros generan una matriz de vulnerabilidad que hace al individuo más susceptible a desarrollar respuestas negativas tales como atribuciones causales, creencias distorsionadas, patrones y procesos cognitivos disfuncionales, que podrían contribuir a la génesis y/o mantenimiento de síntomas (Berry et al., 2008; Collip, Myin-Germeys, & van Os, 2008).

La mayoría de investigaciones sobre la relación entre apego y psicosis tienden a ser más teóricas que empíricas (Platts et al., 2002), reportando que los pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico se caracterizan por estilos de apego inseguro (Dozier & Lee, 1995; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997). Gran parte de los estudios empíricos han sido realizados por Dozier y cols. (Dozier, Stevenson, Lee, & Velligan, 1991; Dozier, Cue, & Barnett, 1994; Dozier & Lee, 1995), quienes han encontrado que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia son clasificados con un estilo de apego evitativo (desapegado o temeroso). Sin embargo, dichos estudios se han realizado con muestras pequeñas y han medido el apego mediante recuerdos de relaciones parentales durante la infancia en lugar de medirlo en el contexto de las relaciones actuales en la edad adulta. Además, dichos hallazgos pueden prestarse a confusión debido a los efectos de la sintomatología psicótica como puede ser el

trastorno del pensamiento o paranoia (Platts et al., 2002), y por ello, el estudio con poblaciones no clínicas cobra gran importancia.

Se han reportado resultados contradictorios respecto a la asociación diferencial entre el apego y las dimensiones de síntomas. Por ejemplo, en una muestra de estudiantes, Berry, Band, Corcoran, Barrowclough, & Wearden (2007) informaron que el apego evitativo se relaciona con ambas dimensiones de síntomas, positiva y negativa, mientras que el apego ansioso no presentó resultados significativos. Contrario a esto, Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz, & Grinshpoon (2011) encontraron que los prototipos de apego preocupado y temeroso se relacionaban con los síntomas positivos, mientras que no se encontró ninguna asociación con el estilo desapegado.

Algunos autores han reportado asociaciones significativas entre el apego adulto y los trastornos de personalidad (por ejemplo, Brennan & Shaver, 1998; Fonagy, 1991; Westen, 1991). Se ha encontrado que el estilo de apego evitativo se asocia mayoritariamente a los trastornos de personalidad evitativo, paranoide, esquizoide, esquizotípico, somatomorfo, disociativo y depresivo; mientras que el estilo de apego ansioso se relaciona con los trastornos histriónico, dependiente y límite (Fonagy et al., 1996; Fossati et al., 2003; Riggs et al., 2007; West, Rose, & Sheldon-Keller, 1994; West, Rose, & Brewis, 1995). Desde el punto de vista de la teoría del apego, los trastornos de personalidad pueden ser vistos como el resultado de modelos de funcionamiento inseguros que resultan auto-confirmatorios, inflexibles, cerrados a nueva información y que conllevan a experimentar angustia en los diferentes ámbitos en que se mueve la persona (Lyddon & Sherry, 2001). Además, muchas de las disfunciones interpersonales que caracterizan a los trastornos de personalidad pueden entenderse a partir del modelo de Bartholomew.

En cuanto a los estudios empíricos sobre la relación entre los estilos de apego y la esquizotipia, los más representativos son los de Wilson & Costanzo (1996), Berry et al.

(2007), Meins, Jones, Fernyhough, Hurndall, & Koronis, (2008), y Tiliopoulos & Goodall (2009).

Dichos estudios llevados a cabo con muestras no clínicas presentan resultados mixtos. Por ejemplo, Wilson & Costanzo (1996), así como Berry y cols. (2007), informaron sobre una relación entre la dimensión de ansiedad en apego y la esquizotipia positiva (caracterizada por experiencias inusuales y pensamiento extraño) por lo general asociadas a afecto negativo y desregulación emocional (Barrantes-Vidal et al., 2009; Lewandoski et al., 2006); y entre la dimensión evitativa en apego y las dos dimensiones positiva y negativa de esquizotipia. Tiliopoulos & Goodall (2009) encontraron que la dimensión evitativa se relacionó únicamente con la esquizotipia negativa (caracterizada por desinterés social y anhedonia), mientras que la dimensión de ansiedad se asoció con las dos dimensiones de esquizotipia. Por otra parte, Meins y cols. (2008), quienes han sido los únicos que han estudiado de manera exclusiva el vínculo entre apego y esquizotipia, encontraron que la dimensión ansiedad predijo desconfianza/paranoia, mientras que ansiedad y evitación predijeron esquizotipia negativa.

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La importancia del estudio de la esquizotipia reside en la detección de personas vulnerables a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico sin los efectos secundarios de la enfermedad (medicación, hospitalización, estigma social, etc.), que posibilita una mejor comprensión acerca de los mecanismos que subyacen en la esquizofrenia, así como los nexos de unión entre ambas entidades (Fonseca et al., 2007), pues en términos del *continuum*, la esquizotipia serviría entonces para examinar las expresiones interculturales en las diversas manifestaciones dentro del espectro de la esquizofrenia (Kwapil et al., 2012).

Aunque la etiología de las psicosis y esquizofrenia es desconocida aún, recientes investigaciones clínicas y epidemiológicas proporcionan fundamentos para el papel que los factores medioambientales y psicosociales desempeñan en la vulnerabilidad tales como el inicio, la expresión y evolución de las psicosis. Aunque no está claro aún cómo influyen, se dice que factores como acontecimientos vitales estresantes, migración, condición de minoría, alta expresividad emocional y trauma durante la infancia aumentan la vulnerabilidad para la esquizofrenia y psicosis (Lysaker, Outcalt, & Ringer, 2010). Con respecto al trauma, Read y cols. (Read, Fink, Rudegeair, Felitti, & Whitfield, 2008) argumentan que el maltrato infantil puede ser un factor causal de psicosis, sugiriendo que “crea” diátesis para psicosis, aumentando la vulnerabilidad al estrés.

Otro de los principales factores psicológicos postulados es el apego, ya que existe evidencia de que las relaciones interpersonales pueden exacerbar o atenuar la propensión a la esquizofrenia (Meehl, 1990). Debido a que los estilos de apego influyen en la forma como se asumen las relaciones interpersonales, conocer su funcionamiento ayudaría a clarificar la etiología de muchas dificultades que afectan la salud mental y por tanto, brindaría

información a cerca de los posibles procesos de cambio y mejoría con psicoterapia u otras intervenciones.

Desafortunadamente los hallazgos de los estudios descritos en apartados anteriores no pueden ser totalmente aplicados a la población general, debido a que se han realizado con muestras pequeñas, han utilizado diferentes constructos e instrumentos para medir apego y esquizotipia, lo que probablemente explica la disparidad en los resultados y hace necesario replicar dichas investigaciones con muestras más grandes e instrumentos altamente validados, para alcanzar mayor consenso sobre la relación entre ambos conceptos. Al mismo tiempo, es necesario aclarar si dicha relación es más conveniente en términos de dimensiones o prototipos.

La mayoría de los estudios han considerado las dos dimensiones de apego de forma independiente, por tanto no se han investigado las características asociadas con la combinación de ambas dimensiones (como es el prototipo temeroso). Aunque la investigación taxométrica ha sugerido que las diferencias individuales en el apego adulto se caracterizan mejor en términos dimensionales (Fraley & Waller, 1998), los prototipos pueden añadir poder interpretativo ya que cada uno se asocia con un perfil único de respuestas afectivas y conducta interpersonal (Griffin & Bartholomew, 1994b). Además, los enfoques tipológicos pueden ser más útiles para la identificación y diferenciación de las personas que están en mayor riesgo de psicopatología (Bifulco et al., 2003; Crittenden, 1990).

Resulta también importante realizar estudios que incluyan comparabilidad intercultural en dicho patrón de asociaciones, para encontrar apoyo a la hipótesis de la universalidad del apego y del *continuum* entre las manifestaciones de la esquizofrenia y la esquizotipia. La identificación y fiabilidad de la estructura factorial de la esquizotipia y el apego facilitaría la identificación de la etiología de la psicosis y podría guiar el desarrollo de intervenciones y tratamientos. Además, encontrar una estructura factorial similar a nivel

intercultural daría mayor peso al modelo del *continuum* y apoyaría la validez y utilidad de las escalas de esquizotipia Wisconsin y el RQ.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

La presente tesis examina la teoría del apego como marco conceptual en la génesis de la esquizotipia, mediante una revisión exhaustiva del concepto, historia, naturaleza multidimensional, instrumentos de medida, comparaciones transculturales, y finalmente la relación teórica y empírica, con el fin de remarcar la riqueza del aporte teórico del apego en la comprensión de la ontogénesis de la esquizotipia.

Las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa, medidas con las escalas Wisconsin, se han derivado a partir del peso de los factores en una muestra de 6137 estudiantes universitarios (Kwapil et al., 2008). También se ha validado su versión en castellano (Ros-Morente et al., 2010). Kwapil et al. (2012) indican que la estructura factorial de las escalas de esquizotipia Wisconsin son comparables en dos muestras de estudiantes españoles y americanos, razón por la que en la presente tesis se trabajará únicamente con las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia, además es importante resaltar su facilidad para medir dichas dimensiones mediante autoinforme, en comparación con otras dimensiones para las que aún no se define claramente su naturaleza (por ejemplo, desorganización, paranoia, disconformidad-impulsividad, etc).

En cuanto a los estilos de apego en adultos, medidos con el Cuestionario de Relación (RQ), aunque algunos estudios han reportado cierta validez y comparabilidad cultural utilizando la versión original en inglés (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994a; Schmitt et al., 1994), pocos han realizado análisis exclusivamente con dicho instrumento y por tanto en el presente estudio se examinará también su validez y ajuste con el modelo teórico de Bartholomew & Horowitz, 1991.

Los objetivos específicos y sus respectivas hipótesis para el presente estudio son:

1) Examinar la comparabilidad transcultural de los estilos de apego, medidos con el Cuestionario de Relación de Bartholomew & Horowitz (RQ; 1991) y las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia medidas con las escalas Wisconsin, en dos muestras independientes, no clínicas, de adultos jóvenes españoles y americanos. A partir de la evidencia previa descrita en apartados anteriores, se espera que ambas muestras sean comparables con el fin de comprobar si los hallazgos son generalizables entre diferentes culturas.

2) Confirmar si las dimensiones de apego subyacentes a los cuatro prototipos (Modelo de sí mismo/ansiedad y modelo de los otros/evitación) son independientes. Consistente con el modelo teórico de Griffin & Bartholomew (1994a), ambas dimensiones no deberían correlacionar significativamente.

3) Comprobar si los prototipos de apego seguro y temeroso correlacionan negativamente entre sí, al igual que los prototipos preocupado y desapegado. Siguiendo el modelo teórico de Bartholomew & Horowitz (1991), dichos prototipos son independientes y por tanto no deben correlacionar positivamente.

4) Realizar un Análisis de Componentes Principales (ACP) con el fin de probar si los factores emergentes cargan de forma similar a los del modelo de Bartholomew y Horowitz (1991). Dada la gran inconsistencia de estudios previos respecto a la estructura factorial del RQ, se espera la emergencia de dos factores independientes que representen las dimensiones propuestas en el modelo teórico. También se espera que el número de factores, la varianza explicada y las cargas factoriales sean comparables entre ambas muestras.

5) Explorar la asociación entre los estilos de apego adulto y las dimensiones positiva y negativa de la esquizotipia. De acuerdo con estudios previos, la hipótesis sería que los estilos de apego se asocian con las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa. Específicamente y según los modelos teóricos (Berry et al., 2006; Meins et al., 2008; Wilson & Constanzo,

1996), se habla de una asociación entre el estilo de apego preocupado (modelo negativo de sí mismo y positivo de los otros) con esquizotipia positiva; el estilo desapegado (modelo positivo de sí mismo y negativo de los otros) con esquizotipia negativa; y el estilo temeroso (modelo negativo de sí mismo y los otros) como ambas dimensiones de esquizotipia.

6) Determinar si la interacción lugar (España vs. América) y esquizotipia (Positiva/Negativa) puede predecir el estilo de apego. Según estudios previos y modelo teórico, se espera que ambas muestras presenten resultados comparables con el fin de validar el concepto de universalidad del apego y la esquizotipia.

Para finalizar la presente tesis, se hará un breve resumen de los resultados de los estudios y se discutirán las limitaciones del estudio, implicaciones teóricas, clínicas y sugerencias para futura investigación.

IV. MÉTODO

1. Participantes

La muestra no clínica utilizada para el presente estudio se componía de un total de 1972 adultos jóvenes estudiantes de psicología, 547 (456 mujeres; 91 hombres) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y 1425 estudiantes de la University of North Carolina at Greensboro (UNCG) (1090 mujeres; 335 hombres). La media de edad de la muestra de la UAB fue 20.6 (DS=4.1) y 19.8 (DS=3.9) en UNCG.

2. Procedimiento

Los estudiantes de ambas universidades participaron de forma voluntaria en el estudio. Después de obtener el permiso de los profesores para acudir a las aulas durante sus clases, se les explicó a los participantes en qué consistía el estudio y quienes accedieron a participar respondieron varios cuestionarios de autoinforme en una sesión de aproximadamente dos horas.

3. Instrumentos

El estilo de apego fue medido con el Cuestionario de Relación (*Relationship Questionnaire*, RQ; Bartholomew & Horowitz, 1991), que contiene cuatro párrafos que describen cada uno de los prototipos de apego (seguro, desapegado, preocupado y temeroso). Para su aplicación se pide a los participantes que puntúen cada párrafo en una escala tipo likert de 7 puntos, que va desde 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta 7 (Totalmente de acuerdo). En la segunda parte de la prueba se pide al participante que elija un solo párrafo que describa mejor su manera de abordar las relaciones interpersonales cercanas.

El Cuestionario de Relación ha sido validado y se ha demostrado que posee una

aceptable fiabilidad test-retest (Griffin & Bartholomew, 1994). Los participantes de la UAB completaron la versión en castellano (Schmitt et al., 2004) y los de UNCG completaron la versión en inglés (Bartholomew & Horowitz, 1991). Según las recomendaciones de los autores, para el presente estudio se han utilizado las puntuaciones continuas de cada prototipo de apego en los análisis.

Las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa fueron medidas con las Escalas de vulnerabilidad a las psicosis de Wisconsin compuestas por las escalas de Percepción Aberrante (Chapman et al., 1978) que contiene 35 ítems que evalúan distorsiones perceptuales y corporales; Ideación Mágica (Eckblad et al., 1983), con 30 ítems que evalúan creencias en causalidades imposibles o inválidas; Anhedonia Física (Chapman et al., 1976), con 61 ítems que evalúan déficits en la experimentación de placer sensorial y estético; y Anhedonia Social Revisada (Eckblad et al., 1982), con 40 ítems que evalúan asocialidad e indiferencia hacia los otros. También se han desarrollado las escalas de Ambivalencia (Raulin et al., 1984) y una escala de rasgos afectivos de Personalidad Hipomaniaca (Eckblad et al., 1986).

Los participantes de UNCG completaron la versión en inglés y los de la UAB completaron la versión en castellano de las escalas (Ros-Morente et al., 2010). En ambas muestras los ítems de las escalas fueron mezclados con una escala de Infrecuencia (Chapman & Chapman, 1983) que contiene 13 ítems incluidos para detectar los participantes que responden al azar o de “mala manera” (por ejemplo, No recuerdo haber hablado con alguien que llevara gafas). De acuerdo con las recomendaciones de Chapman y Chapman, los participantes con más de dos ítems de la escala de infrecuencia han sido descartados del estudio, por tanto la muestra se compone solo de participantes que han respondido adecuadamente.

4. Análisis estadísticos

Los análisis de datos para el presente trabajo se realizaron con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS (versión 19.0). Todos los análisis descritos a continuación se han llevado a cabo por separado en ambas muestras.

Para examinar la comparabilidad entre ambas muestras, de los prototipos de apego medidos con el RQ y las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia medidas con las escalas Wisconsin, se realizaron comparaciones de medias con la prueba T de Student. Debido a que con muestras grandes la interpretación del nivel de significación se vuelve problemático, ya que incluso diferencias triviales pueden ser estadísticamente significativas, se han computado los índices d de Cohen para todas las comparaciones.

Para una mejor comprensión del modelo de Bartholomew & Horowitz (1991), inicialmente se han utilizado las formulas propuestas por Griffin & Bartholomew (1994a) para derivar las dimensiones MS y MO a partir de los cuatro prototipos y posteriormente se han llevado a cabo correlaciones de Pearson entre dichos prototipos y dimensiones, con el fin de confirmar si las dos dimensiones subyacen de manera independiente a los cuatro prototipos.

Para comprobar si los prototipos de apego diagonalmente opuestos (seguro y temeroso; preocupado y desapegado) correlacionan negativamente entre sí, se han realizado correlaciones de Pearson entre los cuatro prototipos.

Para examinar la estructura factorial del RQ, se han llevado a cabo Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación Promax para los cuatro prototipos de apego en ambas muestras. Aunque en estudios previos que han realizado ACP con rotación Varimax se ha mostrado que dos factores explican la variación entre los cuatro prototipos de apego y se han planteado los prototipos de los ejes adyacentes como no relacionados u ortogonales, para el presente estudio se han realizado los análisis con una rotación oblicua (Promax) ya que el

modelo teórico expone que las dimensiones subyacentes no correlacionan entre sí y por tanto se considera que dicha rotación permite examinar su asociación de manera natural, es decir, sin forzar los factores a no correlacionar (como ocurriría al usar una rotación ortogonal como es la Varimax).

Para explorar la asociación entre los estilos de apego adulto y las dimensiones positiva y negativa de la esquizotipia se han realizado correlaciones de Pearson entre las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia y los cuatro prototipos de apego.

Para examinar si las principales interacciones y los efectos de las variables esquizotipia estandarizada (positiva y negativa) y lugar (España vs. América), como predictoras de los prototipos de apego, son específicos de cada cultura o pueden ser generalizables en ambas culturas, se han realizado análisis de regresión lineal para los cuatro prototipos en la muestra completa. Las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa se introdujeron en el primer paso como predictoras, el lugar (España vs. América) se entró en el segundo paso, y los términos de interacción Lugar×Esquizotipia positiva y negativa fueron incluidas en el tercer paso.

V. RESULTADOS

En la tabla 4 se presentan los estadísticos descriptivos para cada uno de los prototipos de apego y las dimensiones de esquizotipia en las muestras española y americana. Con el fin de minimizar el error de tipo I, se estableció el nivel alfa en 0.001 para todos los análisis debido a los grandes tamaños de las muestras y el número de análisis computados. Las dos muestras no difieren significativamente en sus puntuaciones de los prototipos de apego preocupado y temeroso, aunque las puntuaciones de los prototipos seguro y desapegado, y las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa fueron ligeramente más altas en la muestra americana que en la muestra española.

Es importante señalar que con muestras grandes la interpretación de la significación estadística puede ser problemática ya que las diferencias, incluso las más triviales, pueden parecer significativas. Por esta razón se ha calculado el índice d de Cohen para cada comparación. Los resultados muestran que las diferencias en el prototipo desapegado, la dimensión negativa de sí mismo y la dimensión de esquizotipia negativa representan un tamaño del efecto pequeño, mientras que las diferencias en el prototipo de apego seguro y la dimensión positiva de esquizotipia representan un tamaño del efecto mediano.

La tabla 5 muestra las correlaciones entre los cuatro prototipos y las dos dimensiones de apego en ambas muestras. Para derivar las dimensiones MS y MO se han utilizado las fórmulas propuestas por Griffin & Bartholomew (1994a). Los resultados son similares para ambas muestras e indican que tal y como predice el modelo, las dimensiones MS y MO subyacen de manera independiente a los cuatro prototipos de apego y correlacionan negativamente entre sí.

Tabla 4. Estadísticos Descriptivos de los Prototipos, las Dimensiones de Apego y Esquizotipia Positiva y Negativa en las Muestras Española (n = 547) y Americana (n =1425).

<u>Medida</u>	<u>Muestra Española</u>			<u>Muestra Americana</u>			<u>valor-t</u>	<u>d de Cohen</u>
	<u>Media</u>	<u>DS</u>	<u>Rango</u>	<u>Media</u>	<u>DS</u>	<u>Rango</u>		
<i>Apego</i>								
Seguro	4.2	1.5	1 – 7	4.9	1.7	1 – 7	9.19*	.45
Desapegado	3.6	1.6	1 – 7	3.9	1.8	1 – 7	3.94*	.19
Preocupado	3.4	1.7	1 – 7	3.6	1.9	1 – 7	2.18	.11
Temeroso	3.5	1.8	1 – 7	3.6	2.0	1 – 7	1.21	.06
M. Sí mismo	0.9	3.5	-11 – 10	1.6	3.9	-11 – 12	4.0*	.17
M. Otros	0.5	3.6	-11 – 10	0.9	4.3	-12 – 12	2.4	.10
<i>Esquizotipia</i>								
Positiva	-.55	.75	-1.7 – 3.2	-.02	1.0	-1.7 – 4.4	12.67*	.60
Negativa	-.18	.86	-1.8 – 4.3	.01	1.0	-1.8 – 5.7	4.14*	.20

Nota: El índice pequeño *d* de Cohen es 0.2, el mediano es 0.5 y el grande es 0.8. *p<.001

En cuanto a las correlaciones con los prototipos de apego, encontramos que la dimensión MS correlaciona positivamente con los prototipos seguro y preocupado, y negativamente con el desapegado y temeroso. La dimensión MO correlaciona positivamente con los prototipos seguro y desapegado, y negativamente con los prototipos preocupado y temeroso. Estos resultados apoyan totalmente el modelo teórico de Bartholomew & Horowitz (1991), sin embargo solo se exponen con fines meramente descriptivos y para una mejor comprensión del modelo, ya que en el presente estudio asumimos la recomendación de Griffin & Bartholomew (1994a) de no abandonar los prototipos a favor de las dimensiones y por tanto para el resto de análisis se utilizarán éstos únicamente.

La tabla 6 muestra las correlaciones de Pearson entre los prototipos de apego en las dos muestras a fin de examinar si el patrón de asociaciones es compatible con el modelo teórico. Las intercorrelaciones entre todos los prototipos se presentan en aras de la exhaustividad, aunque hay que tener en cuenta que se formularon hipótesis específicas sólo para las asociaciones de apego seguro-temeroso y preocupado-desapegado. Según Cohen (1992) las correlaciones de 0.1 indican tamaños del efecto pequeños, 0.3 indican tamaños del efecto medio, y 0.5 indican tamaños del efecto grandes. En ambas muestras, el apego seguro mostró una correlación negativa significativa con el apego temeroso. El tamaño del efecto fue medio en la muestra americana y pequeño en la muestra española. La correlación negativa esperada entre el apego preocupado y el desapegado también se confirmó en ambas muestras, aunque el tamaño del efecto fue pequeño. Con el fin de evaluar si la magnitud de las correlaciones entre todos los prototipos de apego difieren entre las dos muestras, se calculó la prueba Z de Fisher. Los resultados revelaron una diferencia significativa para la asociación entre el apego seguro y temeroso ($z = 4.24$, $p < .001$), mientras que el resto de las correlaciones fueron comparables en magnitud a través de las dos muestras.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson de los Prototipos y las Dimensiones de Apego RQ en las Muestras Española (n = 547) y Americana (n = 1425).

<i>Muestra Española</i>	<i>Apego</i>				
	<i>Seguro</i>	<i>Desapegado</i>	<i>Preocupado</i>	<i>Temeroso</i>	<i>Modelo Otros</i>
<i>Prototipos</i>					
<i>Dimensiones</i>					
Modelo Otros	.49*	-.66*	.45*	-.59*	--
Modelo Sí mismo	.50*	.39*	-.67*	-.55*	-.02
<i>Muestra Americana</i>					
Modelo Otros	.66*	-.64*	.41*	-.62*	--
Modelo Sí mismo	.52*	.31*	-.61*	-.67*	-.12*

Nota: Correlaciones de .1 indican un tamaño del efecto pequeño, .3 medio y .5 grande.

*p<.001

Tabla 6. Correlaciones de Pearson de los Prototipos de Apego RQ en las Muestras Española (n = 547) y Americana (n = 1425).

Muestra Española

Prototipos	Apego			
	Seguro	Desapegado	Preocupado	Temeroso
Seguro	--			
Desapegado	-.04	--		
Preocupado	-.03	-.16*	--	
Temeroso	-.17*	.25*	.18*	--

Muestra Americana

Seguro	--			
Desapegado	-.18*	--		
Preocupado	.04	-.12*	--	
Temeroso	-.36*	.22*	.20*	--

Nota: Correlaciones de .1 indican un tamaño del efecto pequeño, .3 medio y .5 grande.

*p<.001

La tabla 7 muestra los resultados del ACP con rotación Promax computados por separado para las muestras española y americana. La prueba de esfericidad de Bartlett (muestra española: $\chi^2(6) = 94.505$, $p < .001$; muestra americana: $\chi^2(6) = 406.215$, $p < .001$) sugirió que las correlaciones entre los ítems eran lo suficientemente grandes para realizar el

ACP (Field, 2009). En ambas muestras emergió una solución de dos factores que explicaban una cantidad similar de la varianza. En la muestra española los dos factores contribuyeron en un 62.06% de la varianza total, con el primer factor representando el 33.34%, y el segundo explicando el 28.72%. En la muestra americana los dos factores contribuyeron en un 66.43% de la varianza total, con los factores explicando el 38.13% y el 28.29% de la varianza respectivamente. Los dos factores no correlacionaron en ambas muestras (muestra americana: $r = 0.03$, ns; muestra española: $r = 0.06$, ns).

Usando un punto de corte de 0.40 para la interpretación de las cargas factoriales, la estructura factorial fue relativamente similar en las dos muestras. En ambas muestras los prototipos desapegado, temeroso y seguro mostraron cargas por encima de 0.40 en el primer factor. Se debe tener en cuenta que la dirección y el orden de magnitud fueron similares entre las muestras española y americana. En cuanto al segundo factor, los dos prototipos desapegado y preocupado mostraron cargas por encima de 0.40, pero las magnitudes no fueron comparables en ambas muestras. Nótese también que la dirección de las cargas se invirtió en las dos muestras, aunque los prototipos desapegado y preocupado cargaron en direcciones opuestas en cada muestra. Vale la pena señalar que, contrariamente a lo esperado, en ambas muestras el prototipo desapegado cargó en ambos factores y en la muestra americana presentó una carga mayor sobre el primer factor.

La tabla 8 muestra las correlaciones entre los prototipos de apego y las dimensiones de esquizotipia en ambas muestras. El prototipo de apego seguro correlacionó negativamente con la esquizotipia negativa en ambas muestras y con esquizotipia positiva solo en la muestra americana. Tal y como se esperaba, en ambas muestras el prototipo desapegado correlacionó significativamente con esquizotipia negativa, el apego preocupado con la esquizotipia positiva y el apego temeroso con ambas dimensiones de esquizotipia.

Tabla 7. Análisis de Componentes Principales con Rotación Promax para los Prototipos de Apego en las Muestras Española (n = 547) y Americana (n = 1425).

<i>Apego</i>	<u>Muestra Española</u>		<u>Muestra Americana</u>	
	<u>Componente 1</u>	<u>Componente 2</u>	<u>Componente 1</u>	<u>Componente 2</u>
Seguro	-.527	.039	-.745	.039
Desapegado	.482	.739	.594	-.419
Preocupado	.354	-.779	.063	.911
Temeroso	.833	.053	.783	.356

Tabla 8. Correlaciones de Pearson entre las Dimensiones de Esquizotipia y los Prototipos de Apego en las Muestras Española (n = 547) y Americana (n = 1425).

<i>Apego</i>	<u>Muestra Española</u>		<u>Muestra Americana</u>	
	<i>Esquizotipia</i>		<i>Esquizotipia</i>	
	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Seguro	.06	-.21*	-.10*	-.34*
Desapegado	.05	.22*	.04	.28*
Preocupado	.26*	.05	.18*	.03
Temeroso	.18*	.25*	.20*	.28*

* p<.001

Con el fin de examinar la asociación única de esquizotipia positiva y negativa con los prototipos de apego y para probar la comparabilidad de dicha asociación en ambas muestras, se realizaron regresiones lineales para cada uno de los cuatro prototipos de apego reportadas en la tabla 9. Los valores beta y niveles de significación obtenidos en los dos primeros pasos (la única contribución de esquizotipia positiva y negativa y el efecto del Lugar por encima de las dimensiones de esquizotipia) arrojaron un patrón similar al descrito en las tablas 4 y 8. La relación de esquizotipia y los prototipos de apego inseguros fueron similares en ambas muestras (como puede observarse en los términos de interacción no significativos), lo cual indica que el patrón de asociaciones es comparable a nivel transcultural.

Tabla 9. Análisis de Regresión Lineal Examinando Interacciones Principales y Efectos de las Variables Esquizotipia Estandarizada y Lugar como Predictoras de los Prototipos de Apego en la Muestra Completa (N=1972).

Criterio	<u>Paso 1</u>		<u>Paso 2</u>	<u>Paso 3</u>		<u>R² Total</u>
	Esquizotipia		Lugar	Interacción Lugar×Esquizotipia		
	Positiva	Negativa		Positiva	Negativa	
	β	β	β	β	β	
<i>Apego</i>						
Seguro	.01	-.29*	.23*	-.07	-.04	.14*
Desapegado	.03	.27*	.06	-.01	.03	.08*
Preocupado	.20*	.01	.00	-.06	.00	.04*
Temeroso	.17*	.26*	-.04	.00	.02	.10*

*p<.001

VI. DISCUSIÓN

1. Resumen de los Hallazgos del Estudio Empírico

Los principales objetivos del presente estudio fueron evaluar la consistencia de los hallazgos entre dos muestras independientes no clínicas de adultos jóvenes españoles y americanos y determinar su correspondencia con las predicciones teóricas del apego adulto propuestas por Bartholomew. El primer objetivo específico fue examinar la comparabilidad transcultural de los estilos de apego, medidos con el RQ, y las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia, medidas con las escalas Wisconsin. Los resultados indican que las dos muestras no difieren significativamente en las puntuaciones de los prototipos de apego preocupado y temeroso, aunque las puntuaciones de los prototipos seguro y desapegado, y las dimensiones de esquizotipia positiva y negativa, fueron ligeramente más altas en la muestra americana que en la muestra española.

El segundo objetivo fue confirmar si las dimensiones de apego subyacentes a los cuatro prototipos (MS/ansiedad y MO/evitación) son independientes y por tanto no deberían correlacionar significativamente. Los resultados muestran que tal y como predice el modelo, las dimensiones MS y MO subyacen de manera independiente a los cuatro prototipos.

El tercer objetivo fue comprobar si los prototipos de apego seguro y temeroso correlacionan negativamente entre sí, al igual que los prototipos preocupado y desapegado. En ambas muestras, el apego seguro mostró una correlación negativa significativa con el apego temeroso, al igual que el apego preocupado y el desapegado también correlacionaron negativamente. La prueba Z de Fisher se calculó con el fin de evaluar si la magnitud de las correlaciones entre todos los prototipos difieren entre las muestras, los resultados revelaron una diferencia significativa para la asociación entre el apego seguro y temeroso, mientras que el resto de las correlaciones fueron comparables en ambas muestras.

El cuarto objetivo fue examinar la estructura factorial subyacente del RQ mediante un ACP, con el fin de probar si los factores emergentes cargan de forma similar a los del modelo de Bartholomew & Horowitz (1991). Los resultados indican que en ambas muestras emergió una solución de dos factores que no correlacionan entre sí, representan una cantidad similar de la varianza, y en los cuales los prototipos desapegado, temeroso y seguro presentan cargas mas altas en el primer factor, mientras que en el segundo factor los prototipos desapegado y preocupado presentan las cargas mas altas, aunque las magnitudes no son comparables a través de ambas muestras. Contrario a lo esperado, en ambas muestras el prototipo desapegado carga en ambos factores y en la muestra americana presenta una carga mayor en el primer factor.

El quinto objetivo consistió en explorar la asociación entre los prototipos de apego y las dimensiones positiva y negativa de esquizotipia. Los resultados apoyan la hipótesis de la relación entre el prototipo de apego preocupado con esquizotipia positiva, el prototipo desapegado con esquizotipia negativa y el prototipo temeroso con ambas dimensiones de esquizotipia. Un patrón de asociaciones significativas surgió de manera similar en ambas muestras apoyando la consistencia intercultural esperada.

El sexto objetivo fue determinar si la interacción lugar (España vs. América) y esquizotipia (Positiva/Negativa) podía predecir el estilo de apego de manera similar en ambas muestras. Los resultados muestran que la relación de esquizotipia y los prototipos de apego inseguros fueron similares en ambas muestras, lo cual indica que el patrón de asociaciones es comparable a nivel transcultural.

2. Discusión de los Hallazgos del Estudio Empírico

Una cuestión clave que ha recibido creciente atención en el campo de la investigación sobre los fenómenos de apego es la universalidad de los mismos. Actualmente los

investigadores se preguntan si la estructura subyacente de los instrumentos de medición del apego adulto puede generalizarse a través de las diferentes culturas (Schmitt et al., 2004; Yalcinkaya, Rapoza, & Malley-Morrison, 2010). En este sentido, todos nuestros resultados fueron generalmente comparables entre las muestras española y americana, pero sólo dieron apoyo parcial a las predicciones derivadas del modelo teórico, lo que sugiere que interpretaciones alternativas también podrían contribuir a la comprensión de las complejidades de las diferencias individuales en apego en el adulto medido con el RQ.

En primer lugar, con nuestros análisis hemos encontrado que las medias de los prototipos desapegado y seguro fueron mayores para la muestra americana que para la muestra española. Una manera de interpretar este resultado es en términos de la visión del mundo individualismo-colectivismo, la cual se ha postulado como una de las dimensiones más importantes para la captura de las diferencias culturales (Triandis, 1994). En occidente, las teorías tienden a enfatizar la importancia de actitudes, creencias, necesidades, personalidad y valores idiosincrásicos, debido a que ésta es una cultura mayormente individualista y su psicología se centra en las personas y los procesos internos de los individuos. Sin embargo en las culturas no occidentales son más importantes las normas, necesidades colectivas, definiciones y valores colectivos (Triandis, 1996).

Desde el punto de vista del individualismo el sí mismo se define como independiente y autónomo, las metas personales son prioridad ante los objetivos colectivos, y el comportamiento social se determina por las actitudes y percepción de consecuencias agradables, razón por la que una relación que resulte demasiado costosa se tiende a descartar. Dicha visión individualista es muy propia de la cultura occidental y especialmente América del norte. Por otra parte, desde el punto de vista del colectivismo, las necesidades de los miembros del grupo son las que determinan el comportamiento social, por tanto, si una relación es deseable desde el punto de vista del grupo aunque costosa desde el punto de vista

del individuo, es probable que éste permanezca en dicha relación (Triandis, 1990). En este sentido, se puede sugerir que algunas de las características que tienen en común los prototipos de apego seguro y desapegado (por ejemplo, autopercepción positiva y baja necesidad de dependencia) son consistentes con las características de las culturas más individualistas que tienden a fomentar atributos como la autosuficiencia y la independencia (Markus & Kitayama, 1991).

Es interesante notar que, a pesar de las diferencias de medias en el apego seguro, en el presente estudio dicho prototipo fue la forma de apego con puntuaciones más altas en ambas muestras. Este hallazgo concuerda con investigaciones que indican que el apego seguro tiende a ser normativo en las distintas regiones culturales (van IJzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). Además, la investigación con muestras de adultos norteamericanos ha mostrado que la mayoría se describen a sí mismos como apegados de manera segura, lo cual podría explicar las leves diferencias en los resultados entre nuestras muestras.

Al examinar las dimensiones MS y MO que subyacen de manera independiente a los cuatro prototipos y que se derivan mediante las fórmulas propuestas por Griffin & Bartholomew (1994a), aunque se confirma su ajuste con el modelo teórico, hemos encontrado que esta estrategia combinatoria es problemática por razones conceptuales, empíricas y de medición. En primer lugar, el modelo de Bartholomew sugiere que MS/Ansiedad y MO/Evitación son los bloques de construcción de los cuatro prototipos de apego y por tanto dichos prototipos transmiten información acerca del sí mismo y de los demás. Combinar los bloques de construcción MS y MO para componer las medidas de los prototipos parece factible, sin embargo la descomposición de las medidas de un solo ítem para cada prototipo de apego en puntuaciones de MS y MO mediante combinaciones lineales es problemática, pues las fórmulas para derivar MS y MO básicamente dan lugar a dos escalas breves que contienen los mismos cuatro ítems y sólo se diferencian en que el signo de los ítems

desapegado y preocupado se invierte. Lo que en esencia implica que la fiabilidad de al menos una (si no ambas) de las escalas será insuficiente.

La forma como están compuestas las puntuaciones de MO y MS indica que artificialmente se limitan entre sí, de tal manera que si las puntuaciones de una escala aumentan en magnitud absoluta (es decir, superior o inferior), las puntuaciones en la otra escala se obligarán instrumentalmente a estar en el rango medio. De este modo los participantes no pueden obtener puntuaciones altas o bajas en ambas dimensiones, o alta en una y baja en la otra, razón por la cual para el presente estudio se optó por realizar todos los análisis utilizando únicamente los prototipos de apego.

Los hallazgos correspondientes a las correlaciones entre los prototipos de apego no prestaron gran apoyo al marco teórico de Bartholomew. Aunque en ambas muestras los resultados mostraron que el apego seguro y temeroso correlacionaron negativamente, al igual que los prototipos preocupado y desapegado, los tamaños del efecto fueron pequeños (excepto por el tamaño del efecto medio en la correlación entre los prototipos seguro y temeroso en la muestra americana), por lo que éstos resultados sólo apoyan parcialmente las predicciones teóricas que conceptualizan a dichos pares de prototipos como polos opuestos.

Al comparar nuestros resultados con estudios anteriores, las asociaciones fueron más débiles que aquellas reportadas por Bartholomew & Horowitz (1991), pero fueron muy similares a los valores reportados para las muestras española y americana en el estudio de Schmitt et al. (2004). También cabe anotar que, con la excepción de la correlación seguro-temeroso, la magnitud de las asociaciones entre los prototipos de apego fue comparable a través de ambas muestras, con lo cual apoyamos nuestras predicciones de que el patrón de asociaciones es consistente interculturalmente.

Nuestros resultados también muestran que el prototipo de apego seguro correlaciona negativamente con todos los prototipos inseguros (excepto en la muestra americana, donde el

prototipo seguro correlacionó positivamente con el preocupado, aunque dicha correlación no fue suficientemente significativa). Estos resultados son consistentes con los de Bäckström & Holmes (2001, 2007), quienes han propuesto un modelo de tres factores denominados seguridad/inseguridad, ansiedad y evitación, en el cual el prototipo seguro cargó negativamente en los otros componentes tal y como en los resultados del presente estudio.

Los resultados del ACP presentan dos dimensiones independientes que subyacen a los cuatro prototipos de apego y que la cantidad de varianza explicada por cada factor es similar en las dos muestras. Estos resultados son coherentes con el marco teórico de Bartholomew y apoyan el argumento de que la estructura de dos dimensiones de apego adulto, evaluada mediante autoinforme parece ser un fenómeno universal (Schmitt et al., 2004). Sin embargo, al examinar las cargas factoriales a través de las dos muestras, se encontró que los prototipos de apego no alinean completamente como sería esperado teóricamente, pues contrario a la hipótesis del modelo, el prototipo desapegado correlacionó con los dos factores y en la muestra americana cargó más alto en el primer factor.

A nuestro entender, sólo dos estudios han llevado a cabo análisis factoriales con los ítems del RQ exclusivamente. En el primero, Bäckström & Holmes (2007) informaron que una solución de tres factores era una alternativa viable a la tradicional estructura bidimensional, y en el segundo, Schmitt et al. (2004) encontraron que en América del Norte los resultados ajustaban bien con el marco teórico de Bartholomew, mientras que en otras regiones (incluyendo América del Sur, Europa Occidental y Oriental, Medio Oriente y Asia oriental) los prototipos desapegado, preocupado y temeroso componían un grupo que contrastaba con el prototipo de apego seguro.

A partir de sus resultados, Schmitt y cols. (2004) sugirieron que las dimensiones básicas de apego existen en todas las regiones del mundo y argumentaron que “los modelos internos de funcionamiento existen como constructos panculturales”. Sin embargo, los cuatro

prototipos de apego no ajustan de manera exacta en dichas dimensiones en todas las regiones del mundo, frente a lo cual es importante reconocer que “la investigación transcultural puede contribuir a la comprensión de las diferencias culturales en las trayectorias de desarrollo de la co-regulación y autorregulación, y entre la primacía de las estrategias intrapersonales versus las interpersonales en la regulación del afecto” (Mikulincer et al., 2003).

Nuestros hallazgos también son paralelos a los resultados obtenidos por Bäckström y Holmes (2007), quienes exponen su preocupación de que en previos estudios sobre apego se ha desatendido en gran medida el hecho de que el prototipo desapegado tiende a correlacionar con ambos factores y argumentan que la carga del prototipo desapegado en los dos componentes se explicaría debido a que puede estar asociada con las dimensiones seguridad e inseguridad. Por otra parte, han expuesto también que el concepto de seguridad en apego ha sido enormemente descuidado, y que no puede ser definido como la falta de evitación o ansiedad, ya que esto representaría solo un punto neutral, mientras que la seguridad representa el contenido positivo del apego seguro encontrado en las diferencias cualitativas entre los individuos seguros e inseguros (Bäckström & Holmes, 2007).

En este punto es importante recordar el argumento de Bowlby (1973, 1988) de que teóricamente el apego seguro era precedente a las experiencias de evitación y ansiedad, y que tales experiencias solo representan reacciones del individuo cuando siente inseguridad. Razón por la que Bäckström & Holmes (2007) proponen un modelo de apego que integre la dimensión seguridad/inseguridad como punto de partida y explican que cuando el individuo reacciona con evitación o ansiedad se debe una necesidad de compensar la falta de seguridad; facilitando con esto nuestra comprensión sobre cómo las personas presentan diferentes reacciones en diversas situaciones pero mantienen una orientación de apego base similar a un rasgo de personalidad.

La asociación entre el apego seguro con las dimensiones evitación y ansiedad es problemática debido a que la cantidad de evitación y ansiedad medida no necesariamente corresponde a un sentimiento de inseguridad, es decir, un individuo que presenta una tendencia actual hacia la evitación y ansiedad podría no sentirse más inseguro que otro individuo que presenta sólo evitación o ansiedad al mismo nivel. Al respecto, otros investigadores también han puesto de relieve que la medición de la inseguridad, de forma independiente a las estrategias de afrontamiento, está en consonancia con los principales postulados de la teoría del apego y es de primordial importancia en la predicción de la psicopatología (Bifulco et al., 2003).

Aunque nuestros resultados del ACP comparten similitudes con el modelo teórico de Bartholomew, el patrón de hallazgos en las muestras parece ajustarse mejor a la interpretación de Stein y cols. (2002), quienes propusieron que la conceptualización de la primera dimensión como "inseguridad del apego" (de seguro a temeroso) y la segunda dimensión como las "estrategias" para hacer frente a la inseguridad (de preocupado a desapegado), tiene un mejor valor heurístico y podría ser más útil empíricamente, pues caracterizando los prototipos preocupado y desapegado como diferentes maneras de hacer frente a las dificultades interpersonales concilia el hecho de que estos dos prototipos no muestren necesariamente altas correlaciones negativas y que por tanto no representen los extremos opuestos de un factor (Stein et al., 2002).

La asociación entre el prototipo de apego preocupado y la dimensión positiva de esquizotipia sugiere que tener un modelo negativo de sí mismo es relevante para dicha dimensión de esquizotipia. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que han reportado las relaciones entre rasgos esquizotípicos positivos y apego ansioso (Berry et al., 2006; Meins et al., 2008; Wilson & Costanzo, 1996). Por otra parte, esta asociación coincide con evidencia empírica existente indicando que la autoestima negativa, como una variable

importante dentro del modelo de sí mismo, está fuertemente relacionada con síntomas positivos en muestras clínicas y análogas (Barrowclough et al., 2003; Krabbendam et al., 2002). Teniendo en cuenta que el prototipo preocupado se caracteriza por una hiperactivación del sistema de apego, los resultados apoyan la noción de que características tales como la incapacidad para regular emociones negativas, vigilancia continua ante señales identificadas como amenazas y un ciclo de auto-amplificación de la angustia (Mikulincer et al., 2003) están asociados con los rasgos de la esquizotipia positiva. De hecho, reciente investigación epidemiológica ha demostrado que la desregulación afectiva genera cierto impacto en el riesgo de distorsión de la realidad (van Rossum et al., 2011).

La asociación entre el prototipo desapegado y la esquizotipia negativa, apunta a la relevancia de un modelo negativo de los demás que contribuiría en la esquizotipia negativa. Dicho hallazgo es consistente con los resultados de estudios anteriores que informan sobre rasgos esquizotípicos negativos relacionados con el apego evitativo (Berry et al., 2006, 2007; Meins et al., 2008; Tiliopoulos & Goodall, 2009). Esta asociación encaja con la afirmación de que las características de desactivación del sistema de apego, tales como la distancia interpersonal y una disminución de la capacidad de reactividad emocional y expresividad (Mikulincer & Shaver, 2008) comparten importantes similitudes con la esquizotipia negativa (por ejemplo, embotamiento afectivo y aislamiento social), y sugieren la posible contribución de estos mecanismos en la ontogenia de los síntomas negativos.

La relación significativa entre el prototipo de apego temeroso con la esquizotipia positiva y negativa también ha confirmado nuestras expectativas. Teniendo en cuenta que las personas con un estilo de apego temeroso presentan modelos negativos de sí mismo y los demás, y muestran una ineficaz mezcla de estrategias de regulación afectiva (Simpson & Rholes, 2002), no es de extrañar que este prototipo se asocie con las dimensiones positiva y negativa de la esquizotipia. Este hallazgo no puede ser directamente contrastado con

investigaciones realizadas en muestras no clínicas, porque los estudios anteriores no han realizado análisis relacionando los prototipos de apego con las dimensiones de esquizotipia. Sin embargo, dicho resultado está en consonancia con los modelos cognitivos de la psicosis, que sugieren que las creencias negativas sobre sí mismo y los demás contribuyen a la vulnerabilidad y persistencia de los síntomas psicóticos (Garety et al., 2001).

Únicamente Ponizovsky et al. (2011) han utilizado los prototipos del modelo de Bartholomew para examinar la asociación entre apego y perfiles sintomáticos en una muestra clínica. En dicho estudio se encontró que los prototipos de apego preocupado y temeroso se asociaron con altas puntuaciones de síntomas positivos, mientras que no se encontró ninguna asociación entre apego y síntomas negativos. Sus resultados sobre los prototipos preocupado y temeroso son similares a los resultados obtenidos en el presente estudio y podrían sugerir que la asociación del apego con la esquizotipia y la esquizofrenia es más robusta para la dimensión positiva. Por otra parte, ya que en el estudio de Ponizovsky y cols. se dividió la muestra en los grupos del RQ con el fin de probar las asociaciones entre apego y síntomas, los resultados nulos con el prototipo desapegado podrían atribuirse a la falta de poder estadístico ya que dicho grupo sólo se componía de 10 pacientes.

Finalmente, el hecho de que la esquizotipia (evaluada psicométricamente) y los prototipos de apego se asociaran de la manera predicha teóricamente en las dos muestras del presente estudio, proporciona una mayor confianza en la validez de los hallazgos. Debe tenerse en cuenta que dichos resultados comparables a los obtenidos con muestras clínicas en psicosis, dan mayor peso al modelo del *continuum* entre la esquizotipia y la esquizofrenia, y aportan más evidencia para afirmar que la esquizotipia es un prometedor constructo para avanzar en nuestra comprensión de la expresión multicultural de la psicosis (Kwapil et al., 2012).

3. Limitaciones del Estudio Empírico y Consideraciones para Futuras Investigaciones

Es importante considerar los resultados del presente estudio a la luz de las limitaciones de las medidas de un único ítem. El RQ ha sido el primer cuestionario de auto-informe diseñado para evaluar los prototipos de apego en adultos y a pesar de que se han desarrollado instrumentos psicométricamente más refinados (Brennan, Clark, & Shaver, 1998), en la actualidad sigue siendo uno de los más utilizados (Maas, Laan, & Vingerhoets, 2011; Roth-Hanania & Davidov, 2004).

En comparación con los instrumentos de varios ítems, las medidas de un solo ítem son limitadas y desde una perspectiva psicométrica, en términos de cuán plenamente puede representar un constructo complejo, la fiabilidad interna de las escalas no puede ser estimada y resulta más afectada por los errores de medición (Nunnally & Bernstein, 1994). A pesar de estas deficiencias, es importante notar que el RQ ofrece una evaluación rápida, sencilla y práctica, ha sido validado frente a entrevistas y sus estimaciones de fiabilidad son adecuadas (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994a; Scharfe & Bartholomew, 1994). Por otra parte, el hecho de que el RQ sea ampliamente utilizado en la investigación del apego en adultos, subraya la importancia de evaluar cómo funciona psicométricamente a través de diferentes culturas.

Las tendencias actuales en la investigación del apego sugieren centrarse en la medición de las dimensiones subyacentes de los patrones de apego adulto; pero como se ha mencionado en apartados anteriores, la opinión sigue dividida en cuanto a si son más relevantes clínica y teóricamente las categorías, los prototipos o las dimensiones (Ravitz et al., 2010; Shaver & Mikulincer, 2009). De hecho, el debate “tipos vs. dimensiones” no se ha limitado al campo del apego, pues también ha estado presente en la evaluación y clasificación psiquiátrica, pero en los últimos años los investigadores en dicho campo han apreciado el

considerable valor de la combinación de categorías y dimensiones, y han sugerido que cada conceptualización puede ayudar en diferentes fines (Rutter, 2006).

Los hallazgos del presente estudio apuntan al significativo valor de los prototipos de apego medidos con el RQ, en particular cuando se considera que las fórmulas para la obtención de las dimensiones de MS y MO son problemáticas y que nuestros resultados sólo apoyaron parcialmente la estructura del marco teórico de Bartholomew. De hecho, Griffin & Bartholomew (1994b) postularon que los prototipos aumentan la potencia interpretativa más allá de las dimensiones y otros autores han hecho hincapié en la relevancia clínica de los enfoques tipológicos (Bifulco et al., 2003; Ravitz et al., 2010).

Aunque nuestros resultados sugieren que el RQ es comparable a través de dos muestras no clínicas de jóvenes españoles y americanos, en futuras investigaciones se deberían llevar a cabo estudios con otros tipos de población, tales como muestras con mayor equilibrio de género, con un rango de edad más amplio y con una mayor variabilidad en términos de características socio-demográficas; pues continuar la exploración de la variabilidad cultural del apego contribuirá a ampliar y enriquecer las formulaciones teóricas y ayudaría a dilucidar los orígenes y correlatos de las diferencias individuales en apego a través de las culturas.

El diseño transversal del presente estudio también limita las conclusiones que se puedan extraer en términos de causalidad. Es atractivo interpretar los resultados desde una perspectiva de desarrollo, siguiendo las proposiciones teóricas en los campos del apego y la psicosis, y debido a que resultados robustos en estudios epidemiológicos apuntan a una interacción prolongada entre los factores psicosociales y ambientales en el desarrollo y expresión del extenso fenotipo de la psicosis. Sin embargo, son necesarios diseños prospectivos y longitudinales, con muestras clínicas y no clínicas, para determinar si el apego juega un papel causal en la vía que conduce al desarrollo de la esquizotipia. Por otra parte, es

de rescatar que aunque los tamaños del efecto en las asociaciones reportadas en el presente estudio fueron relativamente pequeños, son considerados dignos de mención dado que confirmaron las asociaciones predichas teóricamente utilizando una muestra no clínica y usando una medida de apego de un ítem por prototipo (lo cual representa una prueba más conservadora de las hipótesis).

El presente trabajo también se suma a los esfuerzos actuales por tratar de esclarecer los mecanismos implicados en la expresión de la psicosis, mostrando una asociación diferencial entre la esquizotipia positiva y negativa con cada patrón de apego inseguro. Además, se señala la relevancia del potencial papel protector del apego seguro, del cual estudios previos han encontrado que confiere una forma de resiliencia para la psicopatología, incluso en presencia de trauma o pérdidas (Siegel, 1999). Al respecto consideramos que mayor investigación sobre los mecanismos que subyacen la relación entre apego y esquizotipia puede ayudar a identificar los aspectos biológicos, cognitivos, afectivos e interpersonales que proporcionen una visión sobre el desarrollo de las vías etiológicas de rasgos esquizotípicos, trastornos de personalidad y esquizofrenia, y así mismo orientar futuros trabajos en la adaptación de intervenciones psicológicas de acuerdo a los estilos de apego y sus respectivas estrategias de regulación afectiva, pues a partir de la comprensión de los mecanismos por los cuales están relacionados el apego y la esquizotipia, se podrían poner en práctica tratamientos dirigidos a modificar los estilos de apego y a maximizar el cambio terapéutico en personas con diferentes tipos de apego inseguro (Mallinckrodt, 2000).

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of attachment. *Clinical Psychologist, 38*, 27-29.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49-67.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allardyce, J., Suppes, T., & van Os, J. (2007). Dimensions and the psychosis phenotype. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*, 34-40.
- Allen, D. N., Kelley, M. E., Miyatake, R. K., Gurklis, J. A., & Van Kammen, D. P. (2001). Confirmation of a two-factor model of premorbid adjustment in males with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 39-46.
- Alonso-Arbiol, I, Balluerka, N., & Shaver P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*, 45-63.
- Alonso-Arbiol, I, Balluerka, N., Shaver P. R., & Gillath, O. (2008). Psychometric Properties of the Spanish and American Versions of the ECR Adult Attachment Questionnaire. A comparative Study. *European Journal of Psychological Assessment, 24*, 9-13.

- Andreasen, N. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 784-788.
- Andreasen, N., Nopoulos, P., Schultz, S., & Miller, D. (1994). Positive and negative symptoms of schizophrenia: Past, present, and future. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, *90* (384, Suppl), 51-59.
- Arbona, C., & Power, T. G. (2003). Parental attachment, self-esteem, and antisocial behaviors among African American, European American, and Mexican American adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, *50*, 40–51.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*(5), 427- 454.
- Arndt, S., Alliger, R. J. & Andreason, N. C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms: the failure of a two-dimensional model. *British Journal of Psychiatry*, *158*, 317-322.
- Axelrod, S. R., Grilo, C. M., Sanislow, C. & McGlashan, T. H. (2001). Schizotypal Personality Questionnaire-brief: Factor structure and convergent validity in inpatient adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *15*(2), 168-179.
- Bäckström, M., & Holmes, B. M. (2001). Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology*, *42*, 79-86.

- Bäckström, M., & Holmes, B. M. (2007). Measuring attachment security directly: A suggested extension to the two-factor adult attachment construct. *Individual Differences Research, 5*, 124-149.
- Badcock, J. C., & Dragovic, M. (2006). Schizotypal personality in mature adults. *Personality and Individual Differences, 40*, 77-85.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009b). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment and Human Development, 11*, 223–263.
- Baron, M., Asnis, L., & Gruen, R. (1981). The Schedule for Schizotypal Personalities (SSP): a diagnostic interview for schizotypal features. *Psychiatry Research, 4*, 213-228.
- Barrantes-Vidal, N., Lewandowski, K. E., & Kwapil, T. R. (2010). Psychopathology, social adjustment and personality correlates of schizotypy clusters in a large nonclinical sample. *Schizophrenia Research, 122*, 219-225.
- Barrantes-Vidal, N., Ros-Morente, A., & Kwapil, T. R. (2009). An examination of neuroticism as a moderating factor in the association of positive and negative schizotypy with psychopathology in a nonclinical sample. *Schizophrenia Research, 115*(2-3), 303-309.
- Barrett, P. T., & Paltiel, L. (1996). Can a single item replace an entire scale? POP versus The OPQ 5.2. *Selection and Development Review, 12*, 1-4.

- Barrowclough, C., Tarrrier, N., Andrews, B., Humphreys, L., Ward, J., & Gregg, L. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 92–99.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, 147-178.
- Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry, 5*, 23-27.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford.
- Battaglia, M., Cavallino, M. C., Macciavidi, F., & Bellodi, L. (1997). The structure of DSMIII- R schizotypal personality disorder diagnosed by direct interviews. *Schizophrenia Bulletin, 23*, 83-92.
- Becker, T. E., Billings, R. S., Eveleth, D. M., & Gilbert, N. W. (1997). Validity of scores on three attachment style scales: Exploratory and confirmatory evidence. *Educational and Psychological Measurement, 57*, 447 – 493.
- Bentall, R. P., Claridge, G. S., & Slade, P. D. (1989). The multi-dimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology, 28*, 363-375.

- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 331–341.
- Bergman, A., Silverman, J., Harvey, P., Smith, C., & Siever, L. (2000). Schizotypal symptoms in the relatives of schizophrenia patients: An empirical analysis of the factor structure. *Schizophrenia Bulletin*, *26*(3), 577-586.
- Berman, W. H., Heiss, G. E., & Sperling, M. B. (1994). Measuring continued attachment to parents: The Continued Attachment Scale – Parent version. *Psychological Reports*, *75*, 171-182.
- Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *80*, 563-576.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1275-1282.
- Berry, K., Wearden, A. J., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, *41*, 707–718.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J. H., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine*, *33*(6), 1099-1110.

- Bifulco, A., Moran, P., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002) Adult Attachment Style I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bilder, R. M., Mukherjee, S., Rieder, R. O., & Pandurangi, A. K. (1985). Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 409-419.
- Birtchnell, J. (1997) Attachment in an interpersonal context. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 265-279.
- Blanchard, J., & Cohen, A. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-245.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox and the group of schizophrenias*. New York: International Universities press, 1950.
- Bolinsky, P. K., Gottesman, I. I., Nicholls, D. S., & Shapiro, B. M. (2003). The Schizophrenia Proneness (SzP) Scales: An MMPI-2 measure of schizophrenia liability. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1031-1044.
- Bolinsky, P. K., Gottesman, I. I., Nicholls, D. S., Shapiro, B. M., Roberts, S. A., Adamo, U. H., & Erlenmeyer-Kimling, L. (2001). A new MMPI-derived indicator of liability to developing schizophrenia: Evidence from the New York High-Risk Project. *Assessment*, 8, 127-143.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, *130*, 201-210.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*, (2nd Ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorder: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, *66*, 835 – 878.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 267–283.

- Bridges, L.J., Connell, J.P., & Belsky, J. (1988). Similarities and differences in infant-mother and infant-father interaction in the strange situation: a component process analysis. *Developmental Psychology, 24*, 92–100.
- Buchheim, A., George, C., & West, M. (2003). The Adult Attachment Projective (AAP): psychometric properties and new research. *Psychotherapy, Psychosomatic and Medical Psychology, 53*, 144 – 152.
- Buelow, G., McClain, M., & McIntosh, I. (1996). A new measure for an important construct: The attachment and object relations inventory. *Journal of personality assessment, 66*, 604-623.
- Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 865–883.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J Belsky & T. N ezworski (Eds), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1983). Infrequency Scale. Unpublished test (copies available from T. R. Kwapil, Department of Psychology, University of North Carolina at Greensboro, Greensboro, NC, 27402-6170).

- Chapman, L.J., & Chapman, J. P. (1985). Psychosis proneness. In M. Alpert (Ed.) *Controversies in Schizophrenia: Changes and Constancies* (pp. 157-174). New York: Guilford.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., & Kwapil, T. R. (1995). Scales for the measurement of schizotypy. En A. Raine, T. Lencz, and S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal Personality* (pp. 79-106). New York: Cambridge University Press.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Numbers, J. S., Edell, W. S., Carpenter, B. N., & Beckfield, D. (1984). Impulsive nonconformity as a trait contributing to the prediction of psychotic-like and schizotypal symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(11), 681-691.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Miller, E. N. (1982). Reliabilities and intercorrelation of eight measures of proneness to psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 187-195.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*, 374-382.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 399-407.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., Raulin, M. L., & Eckblad, M. (1994). Putatively Psychosis-prone Subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 399-407.
- Chen, W. J., Hsiao, C. K. & Lin, C. C. H. (1997). Schizotypy in community samples: The

three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(4), 649-654.

Chmielewski, M., & Watson, D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 364-376.

Cicero, D. C., & Kerns J. G. (2010). Multidimensional factor structure of positive schizotypy. *Journal of Personality Disorders, 24* (3), 327-343.

Claridge, G. (1997). Theoretical background issues. In Claridge, G. (Ed), *Schizotypy: implications for illness and health* Oxford: Oxford University Press.

Claridge, G., & Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In: A. Raine, T. Lencz, & S.A. Mednick, (Eds.), *Schizotypal Personality* (pp.192-218). New York: Cambridge University Press.

Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function -I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences, 5*, 643-670.

Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 103-115.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.

- Cohn, D. A., & Silver, D. H. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues, 13*, 342 – 449.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 810 – 832.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Collip, D., Myin-Germeys, I., & Van Os, J. (2008). Does the concept of ‘sensitization’ provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia ? *Schizophrenia Bulletin, 34*, 220–225.
- Crandell, L. E., Fitzgerald, H. E., & Whipple, E. E. (1997). Dyadic synchrony in parent-child interactions: A link with maternal representations of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal, 18*, 247-264.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal, 11*, 259–277.
- Crow, T. J. (1998). From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider. The transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to Homo sapiens. *Archives of General Psychiatry 55*, 502–504.
- Crowell, J., & Owens, G. (1996). Current Relationship Interview and scoring system. Unpublished manuscript.

- Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: Development of a measure links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Developmental Psychology, 38*, 679-693.
- Cyhlarova, E., & Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research, 80*, 253-261.
- Dickstein, S., Seifer, R., St-Andre, M., & Schiller, M. (2001). Marital Attachment Interview: Adult attachment assessment of marriage. *Journal of Social and Personal Relations, 18*, 651-672.
- DiDuca, D., & Joseph, S. (1999). Assessing schizotypal traits in 13-18 years olds: revising the JSS. *Personality and Individual Differences, 27*, 673-682.
- Dozier, M., & Lee, S. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology, 7*, 217-226.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and the treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*, 47-60.
- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 793-800.

- Dozier, M., Stevenson, A., Lee, S., & Velligan, D. (1991). Attachment organization and familial overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 3, 475–489.
- Eckblad, M. L., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 214-222.
- Eckblad, M. L., Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test (copies available from T. R. Kwapil, Department of Psychology, UNCG, P.O. Box 26170, Greensboro, NC, 27402–6170).
- Epstein, S. (1983). The mother-father-peer scale. Unpublished manuscript, University of Massachusetts, Amherst.
- Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1993). The nature of schizotypy. *Psychological Reports*, 73, 59-63.
- Eysenck, H. J., Eysenck, H. J., & Barrett, P. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In MB Sperling, WH Berman (Eds), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives* (pp 128–152). New York (NY): Guilford Press.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd Ed.). London: Sage Publications.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 1-18.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22 – 31.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The Mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544 – 576.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., & Villazón García, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles del Psicólogo*, 28, 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U., et al. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2010). Factor structure and measurement invariance of the Wisconsin schizotypy scales across gender and age. *The Spanish Journal of Psychology, 13*, 941-950.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., & Muñiz, J. (2010). ESQUIZO-Q: An Instrument for the Assessment of “Psychometric High Risk” for Psychosis. *Clínica y Salud, 21*, 255-269.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Carretta, I., Leonardi, B., Mirabelli, S., & Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: A multivariate study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 30-37.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132-154.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: a test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp.77-114). New York: Guilford Press.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189-195.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California.

- George, C., & West, M. (2001). The development and validity of a new measure of adult attachment: the Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 3, 30 – 61.
- Gibbons, R. D., Lewine, R. R. J., Davis, J. M., Schooler, R., & Cole, J. O. (1985). An empirical test of a kraepelinian vs a bleulerian view of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 11(390-396).
- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15, 239–257.
- Golden, R. R., & Meehl, P. E. (1979). Detection of the schizoid taxon with MMPI indicators. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 217-233.
- Gooding, D. C., Tallent, K. A., & Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994a). Models of the Self and Other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994b). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships Vol. 5: Attachment processes in adulthood* (pp. 17-52), London: Jessica Kingsley Publishers.

- Gross, G., Huber, G., & Klosterkotter, J. (1987). *Bonn Scale for the Sssessment of Basic Symptoms – BSABS*. Berlin: Springer.
- Gross, G. M., Silvia, P. J., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2012). Psychometric properties and validity of short forms of the Wisconsin Schizotypy Scales in two large samples. *Schizophrenia Research, 134*(2-3), 267-272.
- Gruzelier, J. H. (1996). The factorial structure of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin, 22*(4), 611-620.
- Hahm, C. H., Lahiff, M., & Barreto, R. M. (2006). Asian American adolescents' first sexual intercourse: Gender and acculturation differences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*, 28–36.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organized framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry, 5*, 1-22.
- Heard, D. H., & Lake, B. (1986). The attachment dynamic in adult life. *British Journal of Psychiatry, 149*, 430–438.
- Hewitt, J., & Claridge, G. S. (1989). The factor structure of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences, 10*, 323-329.

- Hock, E., Eberly, M., Bartle-Haring, S., Ellwanger, P., & Widaman, K.F. (2001). Separation anxiety in parents of adolescents: theoretical significance and scale development. *Child Development, 72*, 284 - 298.
- Hock, E., McBride, S. L., & Gnezda, T. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development, 60*, 793- 802.
- Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2006). The Relationship Questionnaire - Clinical Version (RQ-CV): Introducing a Profoundly-Distrustful Attachment Style. *Infant Mental Health Journal, 27*, 310 – 325.
- Horan, W. P., Blanchard, J. J., Clark, L. A., & Green, M. F. (2008). Affective traits in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia Bulletin, 34*, 856 – 874.
- Imamoglu, S., & Imamoglu, E. O. (2006). Relationship between general and context specific attachment orientations in a Turkish sample. *The Journal of Social Psychology, 146*(3), 261-274.
- Johnson, L. N., Ketring, S. A., & Abshire, C. (2003). The revised inventory of parent attachment: Measuring attachment in families. *Contemporary Family Therapy, 25*, 333–349.
- Jones, L. A., Cardno, A. G., Murphy, K. C., Sanders, R. D., Gray, M. Y., McCarthy, G., McGuffin, P., Owen, M. J., & Williams, J. (2000). The Kings Schizotypy Questionnaire

as a quantitative measure of schizophrenia liability. *Schizophrenia Research*, 45, 213-221.

Kawasaki, Y., Maeda, Y., Sakai, N., Higashima, M., Urata, K., Yamauchi, N., & Kurachi, M. (1994). Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 399-404.

Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., Lenzenweger, M. F., Davidson, M., Apter, S. H., Schmeidler, J., et al. (1992). Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia: negative symptoms. *Psychiatry Research*, 44, 153- 165.

Kay, S. R., & Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 251-259.

Kelley, M. P., & Coursey, R. D. (1992). Factor structure of schizotypy scales. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 723-731.

Kendler, K. S., & Hewitt, J. (1992). The structure of self-report schizotypy in twins. *Journal of Personality Disorders* 6, 1-17.

Kendler, K. S., Lieberman, J. A., & Walsh, D. (1989). The Structured Interview for Schizotypy (SIS): a preliminary report. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 559-571.

Kenny, M. E. (1987). The extent and function of parental attachment among first-year college students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17-29.

- Khouri, P., Haier, R., Rieder, R., & Rosenthal, D. (1980). A symptom schedule for the diagnosis of borderline schizophrenia: A first report. *British Journal of Psychiatry*, *137*, 140-147.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). *Parents and Spouses: Attachment Strategies and Marital Functioning*, University of Delaware, Newark.
- Krabendam, L., Janssen, I., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., & van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 1–6.
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, Scotland: Livingstone. (original work published 1913).
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and character: An investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament*. (2a ed.). New York: Hartcourt, Brace.
- Kwapil, T. R. (1998). Social Anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 558-565.
- Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2012). Schizotypal Personality Disorders: An Integrative Review. In T. A. Widiger (Ed), *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Kwapil, T. R., Barrantes-Vidal, N., & Silvia, P. J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin Schizotypy Scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 444-457.

- Kwapil, T. R., Brown, L. H., Silvia, P. J., Myin-Germeys, I., & Barrantes-Vidal, N. (in press). The expression of positive and negative schizotypy in daily life: An experience sampling study. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S0033291712000827
- Kwapil, T. R., Mann, M. C., & Raulin, M. L. (2002). Psychometric properties and concurrent validity of the Schizotypal Ambivalence Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 290-295.
- Kwapil, T. R., Ros-Morente, A., Silvia, P. J., & Barrantes-Vidal, N. (2012). Factor Invariance of Psychometric Schizotypy in Spanish and American Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*, 145-152.
- Leak, G. K., & Parsons, C. J. (2001). The susceptibility of three attachment style measures to socially desirable responding. *Social Behavior and Personality*, *29*, 21-30.
- Lemos Giráldez, S. (1999). Trastornos del espectro esquizofrénico: marcadores de predicción temprana. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica: perspectivas actuales* (pp. 97-137). Madrid: Pirámide.
- Lemos, S., Inda, M., López, A., Paíno, M., & Besteiro, J. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema*, *11*, 477-494.
- Lenzenweger, M. F., Dworkin, R. H., & Wethington, E. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a three-process model. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 515-524.

- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., & Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, *83*, 225-235.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 145-151.
- Lindenmayer, J. P., Bernstein-Hyman, D., & Growoski, S. (1994). A new five-factor model of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *65*, 299-322.
- Linscott, R. J., & Knight, R. G. (2004). Potentiated automatic memory in schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *37*, 1503-1517.
- Lipp, O. V., Arnold, S. L., & Siddle, D. A. T. (1994). Psychosis proneness in a non-clinical sample I: a psychometric study. *Personality and Individual Differences*, *17*(3), 395-404.
- Loranger, A. W. (1999). *International personality disorder examination: DSM-IV and ICD-10 interviews*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualisation of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, *79*, 405-414.
- Lysaker, P. H., Outcalt, S. D., & Ringer, J. (2010). The clinical and psychosocial significance of trauma history in schizophrenia spectrum disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *10*, 1143-1151.

- Maas, J., Laan, A., & Vingerhoets, A. (2011). Attachment, Emotion Regulation and Adult Crying. *Emotion Regulation and Well-Being* (pp. 181-195). New York: Springer.
- Main, M. (1990). Cross-cultural strategies of attachment and attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Malley-Morrison, K., You, H.S., & Mills, R. (2000). Young adult attachment styles and perceptions of elder abuse: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 15: 163 – 184.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Markus, H., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224–253.
- Martínez-Suárez, P. C., Ferrando, P. J., Lemos, S., Inda Caro, M., Paino-Piñeiro, M., & López-Rodrigo, A. M. (1999). Naturaleza y estructura del constructo esquizotipia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 615-637.

- Mason, O., & Claridge, G. (2006) The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research, 82*, 203–211.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences, 18*, 7-13.
- Mass, R. (2000). Characteristic subjective experiences of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 921-931.
- Mass, R., Girndt, K., Matouschek, A. K., Peter, P. M., Plitzko, N., Andresen, B., Haasen, C., & Dahme, B. (2007). Introducing the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI) as a psychometric method for schizotypy reseach. *Personality and Individual Differences, 42*, 525-534.
- McGlashan, T. H., Miller, T. J., Woods, S. W., Rosen, J. L., Hoffman, R. E., & Davidson, L. (2003). *Structured interview for prodromal syndromes, Ver. 4.0* New Haven, CT: Yale School of Medicine.
- Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17*, 827-838.
- Meehl, P. E. (1964). Manual for use with checklist of schizotypic signs. (No. PR-73-5). Minneapolis, MN: U. of Minnesota Research Laboratories of the Dept. of Psychiatry.

- Meehl, P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalizing abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7, 1 – 24.
- Meins, E., Jones, S. R., Fernyhough, C., Hurndall, S., & Koronis, P. (2008). Attachment dimensions and schizotypy in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 44, 1000-1011.
- Meyer, T. D., & Hautzinger, M. (1999). Two-year stability of psychosis proneness scales and their relations to personality disorder traits. *Journal of Personality Assessment*, 73, 472-488.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Miers, T. C. & Raulin, M. L. (1985). *The development of a scale to measure Cognitive Slippage*. Comunicación presentada en el Fortieth Eastern Psychological Association Convention., Boston.
- Miettunen, J., & Jääskeläinen, E. (2010). Sex differences in Wisconsin Schizotypy Scales: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 347-358.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd Ed., pp. 503-531). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry, 11*, 11-15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*, 77-102.
- Mohr, J. J., & Fassinger, R. E. (2003). Self-acceptance and self-disclosure of sexual orientation in lesbian, gay, and bisexual adults: An attachment perspective. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 482–495.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy 29*, 257–276.
- Muntaner, C., García-Sevilla, L., Fernández, A., & Torrubia, R. (1988). Personality dimension, schizotypal and borderline personality traits and psychosis proneness. *Personality and Individual Differences, 9*, 257-268.
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review, 27*(4), 409-424.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York: Mc- Graw-Hill.

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1193 -1203.
- Pearson, J. C., & Child, J. T. (2007). A Cross-Cultural Comparison of Parental and Peer Attachment Styles among Adult Children from the United States, Puerto Rico, and India. *Journal of Intercultural Communication Research*, 36, 15 - 32.
- Peralta, V., Cuesta, M. J., & de Leon, J. (1992). Positive versus negative schizophrenia and basic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 202-206.
- Peralta, V., Cuesta, M. J., & de León, J. (1994). An empirical analysis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: a four-syndrome model. *Biological Psychiatry*, 36, 726-736.
- Peralta, V., de León, J., & Cuesta, M. J. (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 335-343.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S., & Garety, P.A. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21- Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.

- Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1994). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Iowa City: University of Iowa Hospitals and Clinics.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of General Psychology*, 4, 155-175.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.
- Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I., & Grinshpoon, A. (2011). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Advance online publication. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x
- Pottharst, K. (1990). Attachment history questionnaire. In: Pottharst, K. (Ed.), *Research explorations in adult attachment*. New York: Peter Lan Publishing.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.

- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 555-564.
- Raine, A., & Allbutt, J. (1989). Factors of schizoid personality. *British Journal of Clinical Psychology*, *28*, 31-40.
- Raine, A., & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *9*, 346-355.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., & Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganised features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, *20*, 191-201.
- Raulin, M. L. (1984). The development of a scale to measure intense ambivalence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 63-72.
- Raulin, M. L., & Wee, J. L. (1984). The development and initial validation of a scale of social fear. *Journal of Clinical Psychology*, *40*, 780-784.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: a 25 year review. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 419 - 432.
- Rawlings, D., Claridge, G., & Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, *31*, 409-419.

- Rawlings, D., & McFarlane, C. (1994). A Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences, 17*, 489-496.
- Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry, 200*(2), 89-91.
- Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felitti, V., & Whitfield, C.L. (2008). Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 235* – 254.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 330-350.
- Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2000). Three Factor Model of Schizotypal Personality: Invariance Across Culture, Gender, Religious Affiliation, Family Adversity, and Psychopathology. *Schizophrenia Bulletin, 26*(3), 603-318.
- Riggs, S. A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkison, H., & Ross, C.A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of Mind. *Development and Psychopathology, 19*, 263 – 291.
- Ros-Morente, A., Rodríguez-Hansen, G., Vilagrà-Ruiz, R., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2010). Proceso de adaptación al castellano de las Escalas de Vulnerabilidad a las Psicosis de Wisconsin. *Actas Españolas de Psiquiatría, 38*(1), 33-41.

- Rossi, A., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, 54, 67-75.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000a). Attachment and culture: Security in the United States and Japan. *American Psychologist*, 55, 1093-1104.
- Rothbaum, F., Weisz, J., Pott, M., Miyake, K., & Morelli, G. (2000b). The Development of Close Relationships in Japan and the United States: Paths of Symbiotic Harmony and Generative Tension. *Child Development*, 71, 1121-1142.
- Roth-Hanania, R. & Davidov, M. (2004). Attachment. In C. D. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 1, pp. 191-202). San Diego, CA: Academic Press.
- Rust, J. (1988). The Rust Inventory of Schizotypal Cognitions (RISC). *Schizophrenia Bulletin*, 14, 317-322.
- Rutter, M. (2006). *Genes and Behavior: Nature-Nurture Interplay Explained*. Oxford: Blackwell.
- Salokangas, R. K. R. (1997). Structure of schizophrenic symptomatology and its changes over time: prospective factor-analytical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 32 - 39.
- Sanford, K. (1997). Two dimensions of adult attachment: Further validation. *Journal of Social & Personal Relationships*. 14, 133-143.

- Scharfe, E. & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships, 1*, 23-43.
- Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L., et al. (2004). Patterns and universals of adult romantic attachment across 62 cultural regions: Are models of self and of other pancultural constructs? *Journal of Cross-Cultural Psychology, 35*(4), 367-402.
- Schultze-Lutter, F., Wieneke, A., Picker, H., Rolff, Y., Steinmeyer, E. M., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2004). The Schizophrenia Prediction Instrument, Adult Version (SPI-A). *Schizophrenia Research, 70*(suppl.), 76–77.
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. In D. Perlman & W. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 4, pp. 29-70). London: Jessica Kingsley.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). Attachment theory and attachment styles. In M. R. Leary, & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 62-81). New York, NY: Guilford Press.
- Shaver, P., Mikulincer, M., Alonso-Arbiol, I., & Lavy, S. (2010). Assessment of Adult Attachment across Cultures: Conceptual and Methodological Considerations In: Erdman, P., & Ng, K.M. (Eds.), *Attachment: Expanding the cultural connections*. 90 – 106. Routledge. New York.
- Shorey, H. S., & Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology, 10*, 1-20.

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Siegert, R. J., Ward, T., & Hudson, S. (1995). The structure of romance: A factor-analytic examination of the Relationship Scales Questionnaire. *New Zealand Journal of Psychology, 24*, 13 – 20.
- Siever, L. J., Kalus, O. F., & Keefe, R. S. E. (1993). The boundaries of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 16*, 217-245.
- Simpson, J. A. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 971-980.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: some directions for future theory and research. *Attachment and Human Development, 42*(2), 223-229.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 434–446.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 799–814.
- Stefanis, N. C., Delespaul, P., Smyrnis, N., Lembesi, A., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., & van Os, J. (2004). Is the excess risk of psychosis-like

experiences in urban areas attributable to altered cognitive development?. *Soc Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 364-368.

Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N., Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine* 32, 347–358.

Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., Allen, D., & Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 77-91.

Strauss, B. & Lobo-Drost, A. (2001). Adult Attachment Prototype Rating (AAPR): A method to assess attachment patterns in adults. Unpublished Manual. University of Jena, Jena, Germany.

Suhr, J. A. y Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. I: A comparison of unselected and highly schizotypal samples. *Schizophrenia Research*, 52(3), 231-239.

Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2009). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47, 299-304.

Triandis, H. C. (1990). Cross-cultural studies of individualism and collectivism. In J. Berman Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1989* (pp. 41-133). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Triandis, H. C. (1994). Major cultural syndromes and emotion. In Kitayama, S., & Markus, H. (Eds.), *Emotion and Culture: Empirical studies of mutual influence* (pp. 285–306). Washington, DC: American Psychological Association.
- Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, *51*, 407 – 415.
- van IJzendoorn, M. H. (1990). Developments in cross-cultural research on attachment: Some methodological notes. *Human Development*, *33*, 3-9.
- van IJzendoorn, M. H., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 713-734). New York: Guilford.
- van IJzendoorn, M. H. & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 880-905). New York: Guilford Press.
- van den Bosch, R. J. & Luteijn, F. (1990). Het dimensionele karakter van psychotische stoornissen. (The dimensional nature of psychotic disorders). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *32*, 161-173.
- Van Kampen, D. (2006). The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research*, *84*, 305-322.

- van Os, J., Driessen, G., Gunther, N. & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br. J. Psychiatry* 176, 243–248
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179 – 195.
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010) The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.
- van Rossum, I., Dominguez, M. D. G., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2011). Affective dysregulation and reality distortion: a 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 561-571.
- Venables, P. H. (1995). Schizotypal status as a developmental stage in studies of risk for schizophrenia. In A. Raine, T., Lencz, & S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal Personality*. Cambridge University Press: New York.
- Venables, P. H., Wilkins, S., Mitchell, D. A., Raine, A., & Bailes, K. A. (1990). A scale for the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 11(5), 481-495.
- Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Van Os, J., Salamon, R., & Bourgeois, M.L. (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine*, 28, 127– 134.

- Vollema, M. G., Sitskoorn, M. M., Appels, M. C., & Kahn, R. S. (2002). Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research*, *54*, 39–45.
- Vollema, M. G., & van den Bosch, R. J. (1995). The multidimensionality of Schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, *21*, 19-31.
- Waters, E. & Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, nos. 1-2. pp. 41-65.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Zakalik, R. A. (2004). Cultural equivalence of adult attachment across four ethnic groups: Factor structure, structured means, and associations with negative mood. *Journal of Counseling Psychology*, *51*, 408–417.
- West, M., Rose, M. S., & Brewis, C. S. (1995). Anxious attachment and psychological distress in cardiac rehabilitation patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *2*, 167–178.
- West, M., Rose, M. S., & Sheldon, A. (1993). Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 422–427.
- West, M., Rose, M. S., & Sheldon–Keller, A. (1994). Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *8*, 249–256.

- West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- West, M., & Sheldon-Keller, A. E. (1992). The assessment of dimensions relevant to adult reciprocal attachment. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 600 - 606.
- West, M., & Sheldon, A. E. (1988). Classification of pathological attachment patterns in adults. *Journal of Personality Disorders, 2*, 153 - 159.
- West, M., Sheldon, A., & Reiffer, L. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: Scale development and rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 738–741.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychology Bulletin, 109*, 429–445.
- Williams, M. B. (1993). *The psychometric assessment of schizotypal personality*. Unpublished PhD thesis, Institute of Psychiatry, University of London.
- Wilson, J. S., & Costanzo, P. R. (1996). A preliminary study of attachment, attention, and schizotypy in early adulthood. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*, 231-260.
- Wolfradt, U., & Straube, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal traits among adolescents. *Personality and Individual Differences, 24*, 201–206.
- Wuthrich, V., & Bates, T. C. (2006). Confirmatory factor analysis of the three-factor structure of the schizotypal personality questionnaire and Chapman schizotypy scales. *Journal of Personality Assessment, 87*, 292-304.

- Yalcinkaya, A., Rapoza, K., & Malley-Morrison, K. (2010). Adult attachment in cross-cultural and international research: Universality issues. In P. Erdman, & Kok-Mun Ng (Eds), *Attachment: Expanding the cultural connections* (pp. 197-209). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- You, H. S., & Malley-Morrison, K. (2000). Young Adult Attachment Styles and Intimate Relationships with Close Friends : A Cross-Cultural Study of Koreans and Caucasian Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*, 528 – 534.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P.D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ('prodromal') group. *Schizophrenia Research, 60*, 21 – 32.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. English Version of the Wisconsin Schizotypy Scales

The Magical Ideation Scale

1. I have occasionally had the silly feeling that a TV or radio broadcaster knew I was listening to him.
2. I have felt that there were messages for me in the way things were arranged, like in a store window.
3. Things sometimes seem to be in different places when I get home, even though no one has been there.
4. I have never doubted that my dreams are the products of my own mind.
5. I have noticed sounds on my records that are not there at other times.
6. I have had the momentary feeling that someone's place has been taken by a look-alike.
7. I have never had the feeling that certain thoughts of mine really belonged to someone else.
8. I have wondered whether the spirits of the dead can influence the living.
9. At times I perform certain little rituals to ward off negative influences.
10. I have felt that I might cause something to happen just by thinking too much about it.
11. At times, I have felt that a professor's lecture was meant especially for me.
12. I have sometimes felt that strangers were reading my mind.
13. If reincarnation were true, it would explain some unusual experiences I have had.
14. I sometimes have a feeling of gaining or losing energy when certain people look at me or touch me.
15. It is not possible to harm others merely by thinking bad thoughts about them.
16. I have sometimes sensed an evil presence around me, although I could not see it.

17. People often behave so strangely that one wonders if they are part of an experiment.
18. The government refuses to tell us the truth about flying saucers.
19. I almost never dream about things before they happen.
20. I have sometimes had the passing thought that strangers are in love with me.
21. The hand motions that strangers make seem to influence me at times.
22. Good luck charms don't work.
23. I have sometimes been fearful of stepping on sidewalk cracks.
24. Numbers like 13 and 7 have no special powers.
25. I have had the momentary feeling that I might not be human.
26. I think I could learn to read others' minds if I wanted to.
27. Horoscopes are right too often for it to be a coincidence.
28. Some people can make me aware of them just by thinking about me.
29. I have worried that people on other planets may be influencing what happens on Earth.
30. When introduced to strangers, I rarely wonder whether I have known them before.

The Perceptual Aberration Scale

1. I sometimes have had the feeling that some parts of my body are not attached to the same person.
2. Occasionally I have felt as though my body did not exist.
3. Sometimes people whom I know well begin to look like strangers.
4. My hearing is sometimes so sensitive that ordinary sounds become uncomfortable.
5. Often I have a day when indoor lights seem so bright that they bother my eyes.
6. My hands or feet have never seemed far away.
7. I have sometimes felt confused as to whether my body was really my own.

8. Sometimes I have felt that I could not distinguish my body from other objects around me.
9. I have felt that my body and another person's body were one and the same.
10. I have felt that something outside my body was a part of my body.
11. I sometimes have had the feeling that my body is abnormal.
12. Now and then, when I look in the mirror, my face seems quite different than usual.
13. I have never had the passing feeling that my arms or legs have become longer than usual.
14. I have sometimes felt that some part of my body no longer belongs to me.
15. Sometimes when I look at things like tables and chairs, they seem strange.
16. I have felt as though my head or limbs were somehow not my own.
17. Sometimes part of my body has seemed smaller than it usually is.
18. I have sometimes had the feeling that my body is decaying inside.
19. Occasionally it has seemed as if my body had taken on the appearance of another person's body.
20. Ordinary colors sometimes seem much too bright to me.
21. Sometimes I have had a passing thought that some part of my body was rotting away.
22. I have sometimes had the feeling that one of my arms or legs is disconnected from the rest of my body.
23. It has seemed at times as if my body was melting into my surroundings.
24. I have never felt that my arms or legs have momentarily grown in size.
25. The boundaries of my body always seem clear.
26. Sometimes I have had feelings that I am united with an object near me.
27. Sometimes I have had the feeling that a part of my body is larger than it usually is.
28. I can remember when it seemed as though one of my limbs took on an unusual shape.
29. I have had the momentary feeling that my body has become misshapen.

30. I have had the momentary feeling that the things I touch remain attached to my body.
31. Sometimes I feel like everything around me is tilting.
32. I sometimes have to touch myself to make sure I'm still there.
33. Parts of my body occasionally seem dead or unreal.
34. At times I have wondered if my body was really my own.
35. For several days at a time I have had such a heightened awareness of sights and sounds that I cannot shut them out.

The Revised Physical Anhedonia Scale

1. I have usually found lovemaking to be intensely pleasurable.
2. When eating a favorite food, I have often tried to eat slowly to make it last longer.
3. I have often enjoyed the feel of silk, velvet, or fur.
4. I have sometimes enjoyed feeling the strength in my muscles.
5. Dancing, or the idea of it, has always seemed dull to me.
6. I have always found organ music dull and unexciting.
7. The taste of food has always been important to me.
8. I have had very little fun from physical activities like walking, swimming, or sports.
9. I have seldom enjoyed any kind of sexual experience.
10. On hearing a good song, I have seldom wanted to sing along with it.
11. I have always hated the feeling of exhaustion that comes from vigorous activity.
12. The color that things are painted has seldom mattered to me.
13. The sound of rustling leaves has never much pleased me.
14. Sunbathing isn't really more fun than lying down indoors.
15. There just are not many things that I have ever really enjoyed doing.
16. I don't know why some people are so interested in music.

17. Flowers aren't as beautiful as many people claim.
18. I have always loved having my back massaged.
19. I never wanted to go on any of the rides at an amusement park.
20. Trying new foods is something I have always enjoyed.
21. The warmth of an open fireplace hasn't especially soothed and calmed me.
22. Poets always exaggerate the beauty and joys of nature.
23. When I have seen a statue, I have had the urge to feel it.
24. I have always had a number of favorite foods.
25. I don't understand why people enjoy looking at the stars at night.
26. I have had very little desire to try new kinds of foods.
27. I never have the desire to take off my shoes and walk through a puddle barefoot.
28. I've never cared much about the texture of food.
29. When I have walked by a bakery, the smell of fresh bread has often made me hungry.
30. I have often enjoyed receiving a strong, warm handshake.
31. I have often felt uncomfortable when my friends touch me.
32. I have never found a thunderstorm exhilarating.
33. Standing on a high place and looking out over the view is very exciting.
34. I have often found walks to be relaxing and enjoyable.
35. The sound of the rain falling on the roof has made me feel snug and secure.
36. I like playing with and petting soft little kittens or puppies
37. The sound of organ music has often thrilled me.
38. Beautiful scenery has been a great delight to me.
39. The first winter snowfall has often looked pretty to me.
40. Sex is okay, but not as much fun as most people claim it is.
41. I have sometimes danced by myself just to feel my body move with the music.

42. I have seldom cared to sing in the shower.
43. One food tastes as good as another to me.
44. On seeing a soft, thick carpet, I have sometimes had the impulse to take off my shoes and walk barefoot on it.
45. After a busy day, a slow walk has often felt relaxing.
46. The bright lights of a city are exciting to look at.
47. The beauty of sunsets is greatly overrated.
48. It has always made me feel good when someone I care about reaches out to touch me.
49. I have usually found soft music boring rather than relaxing.
50. I have usually finished my bath or shower as quickly as possible just to get it over with.
51. The smell of dinner cooking has hardly ever aroused my appetite.
52. When I pass by flowers, I have often stopped to smell them.
53. Sex is the most intensely enjoyable thing in life.
54. I think that flying a kite is silly.
55. I've never cared to sunbathe; it just makes me hot.
56. The sounds of a parade have never excited me.
57. It has often felt good to massage my muscles when they are tired or sore.
58. When I'm feeling a little sad, singing has often made me feel happier.
59. A good soap lather when I'm bathing has sometimes soothed and refreshed me.
60. A brisk walk has sometimes made me feel good all over.
61. I have been fascinated with the dancing of flames in a fireplace.

The Revised Social Anhedonia Scale

1. Having close friends is not as important as many people say.
2. I attach very little importance to having close friends.
3. I prefer watching television to going out with other people.
4. A car ride is much more enjoyable if someone is with me.
5. I like to make long distance phone calls to friends and relatives.
6. Playing with children is a real chore.
7. I have always enjoyed looking at photographs of friends.
8. Although there are things that I enjoy doing by myself, I usually seem to have more fun when do things with other people.
9. I sometimes become deeply attached to people I spend a lot of time with.
10. People sometimes think that I am shy when I really just want to be left alone.
11. When things are going really good for my close friends, it makes me feel good too.
12. When someone close to me is depressed, it brings me down also.
13. My emotional responses seem very different from those of other people.
14. When I am alone, I often resent people telephoning me or knocking on my door.
15. Just being with friends can make me feel really good.
16. When things are bothering me, I like to talk to other people about it.
17. I prefer hobbies and leisure activities that do not involve other people.
18. It's fun to sing with other people.
19. Knowing that I have friends who care about me gives me a sense of security.
20. When I move to a new city, I feel a strong need to make new friends.
21. People are usually better off if they stay aloof from emotional involvements with most others.
22. Although I know I should have affection for certain people, I don't really feel it.
23. People often expect me to spend more time talking with them than I would like.

24. I feel pleased and gratified as I learn more and more about the emotional life of my friends.
25. When others try to tell me about their problems and hang-ups, I usually listen with interest and attention.
26. I never had really close friends in high school.
27. I am usually content to just sit alone, thinking and daydreaming.
28. I'm much too independent to really get involved with other people.
29. There are few things more tiring than to have a long, personal discussion with someone.
30. It made me sad to see all my high school friends go their separate ways when high school was over.
31. I have often found it hard to resist talking to a good friend, even when I have other things to do.
32. Making new friends isn't worth the energy it takes.
33. There are things that are more important to me than privacy.
34. People who try to get to know me better usually give up after awhile.
35. I could be happy living all alone in a cabin in the woods or mountains.
36. If given the choice, I would much rather be with others than be alone.
37. I find that people too often assume that their daily activities and opinions will be interesting to me.
38. I don't really feel very close to my friends.
39. My relationships with other people never get very intense.
40. In many ways, I prefer the company of pets to the company of people

Schizotypal Ambivalence Scale

1. I often I feel like I hate even my favorite activities
2. My thoughts and feelings always seems to be contradictory

3. My feelings about my worth as a person are constantly changing back and forth.
 4. Very often when I feel like doing something, at the same time I don't feel like doing it.
 5. When I'm trying to make a decision, it almost feel like I am physically switching from side to side.
 6. It's impossible to know how you feel because the people around you are constantly changing.
 7. I always seems to be the most unsure of my self at the same time that I am most confident of myself.
 8. I always seem to have difficulty deciding what I would like to do.
 9. Most people seem to know what they are feeling more easily than I do.
 10. Love and hate tend to go together
 11. Love never seem to last very long
 12. The closer I get to people, the more I am annoyed by their faults.
 13. Everyone has a lot of hidden resentment towards his or her loved ones.
 14. I have noticed that feeling of tenderness often turn into feelings of anger.
 15. My experiences with love have always been mixed with great frustrations.
 16. I usually find that feelings of hate will interfere when I have grown to love someone.
 17. A sense of shame has often made it difficult to accept complements from others.
 18. I usually experience doubt when I finish something that I have worked on for a long time.
- I doubt if I can ever be sure exactly what my true interest are.

The Hypomanic Personality Scale

1. I consider myself to be pretty much an average kind of person.
2. It would make me nervous to play the clown in front of other people.
3. I am frequently so "hyper" that my friends kiddingly ask me what drug I'm taking.
4. I think I would make a good nightclub comedian.

5. Sometimes ideas and insights come to me so fast that I cannot express them all.
6. When with groups of people, I usually prefer to let someone else be the center of attention.
7. In unfamiliar surroundings, I am often so assertive and sociable that I surprise myself.
8. There are often times when I am so restless that it is impossible for me to sit still.
9. Many people consider me to be amusing but kind of eccentric.
10. When I feel an emotion, I usually feel it with extreme intensity.
11. I am frequently in such high spirits that I can't concentrate on any one thing for too long.
12. I sometimes have felt that nothing can happen to me until I do what I am meant to do in life.
13. People often come to me when they need a clever idea.
14. I am no more self-aware than the majority of people.
15. I often feel excited and happy for no apparent reason.
16. I can't imagine that anyone would ever write a book about my life.
17. I am usually in an average sort of mood, not too high and not too low.
18. I often have moods where I feel so energetic and optimistic that I feel I could outperform almost anyone at anything.
19. I have such a wide range of interests that I often don't know what to do next.
20. There have often been times when I had such an excess of energy that I felt little need to sleep at night.
21. My moods do not seem to fluctuate any more than most people's do.
22. I very frequently get into moods where I wish I could be everywhere and do everything at once.
23. I expect that someday I will succeed in several different professions.
24. When I feel very excited and happy, I almost always know the reason why.
25. When I go to a gathering where I don't know anyone, it usually takes me a while to feel comfortable.
26. I think I would make a good actor, because I can play many roles convincingly.

27. I like to have others think of me as a normal kind of person.
28. I frequently write down the thoughts and insights that come to me when I am thinking especially creatively.
29. I have often persuaded groups of friends to do something really adventurous or crazy.
30. I would really enjoy being a politician and hitting the campaign trail.
31. I can usually slow myself down when I want to.
32. I am considered to be kind of a “hyper” person.
33. I often get so happy and energetic that I am almost giddy.
34. There are so many fields I could succeed in that it seems a shame to have to pick one.
35. I often get into moods where I feel like many of the rules of life don't apply to me.
36. I find it easy to get others to become sexually interested in me.
37. I seem to be a person whose mood goes up and down easily.
38. I frequently find that my thoughts are racing.
39. I am so good at controlling others that it sometimes scares me.
40. At social gatherings, I am usually the “life of the party”.
41. I do most of my best work during brief periods of intense inspiration.
42. I seem to have an uncommon ability to persuade and inspire others.
43. I have often been so excited about an involving project that I didn't care about eating or sleeping.
44. I frequently get into moods where I feel very speeded-up and irritable.
45. I have often felt happy and irritable at the same time.
46. I often get into excited moods where it's almost impossible for me to stop talking.
47. I would rather be an ordinary success in life than a spectacular failure.
48. A hundred Years after I'm dead, my achievements will probably have been forgotten.

Infrequency Scale

1. On some mornings, I didn't get out of bed immediately when I first woke up.
2. There have been a number of occasions when people I know have said hello to me.
3. There have been times when I have dialed a telephone number only to find that the line was busy.
4. At times when I was ill or tired, I have felt like going to bed early.
5. On some occasions I have noticed that some other people are better dressed than myself.
6. Driving from New York to San Francisco is generally faster than flying between these cities.
7. I believe that most light bulbs are powered by electricity.
8. I go at least once every two years to visit either northern Scotland or some part of Scandinavia.
9. I cannot remember a time when I talked with someone who wore glasses.
10. Sometimes when walking down the sidewalk, I have seen children playing.
11. I have never combed my hair before going out in the morning.
12. I find that I often walk with a limp, which is the result of a skydiving accident.
13. I cannot remember a single occasion when I have ridden on a bus.

Anexo 2. Versión en Castellano de las Escalas de Vulnerabilidad a la Psicosis de Wisconsin

Escala de Ideación Mágica

1. En ocasiones he tenido la sensación absurda de que el locutor de la TV o la radio sabía que le estaba escuchando.
2. He tenido la sensación de que la forma en que estaban dispuestas las cosas, por ejemplo en un escaparate, era un mensaje para mí.
3. A veces las cosas parecen estar en un sitio diferente al que las dejé cuando llego a casa, a pesar de que nadie haya estado allí.
4. Nunca he dudado de que mis sueños son producto de mi propia mente.
5. He percibido sonidos en mis discos que a veces están y a veces no.
6. He tenido la sensación pasajera de que alguien había sido sustituido por un doble.
7. Nunca he tenido la sensación de que algunos de mis pensamientos en realidad pertenecieran a otra persona.
8. Me he preguntado si los espíritus de los muertos pueden influenciar a los vivos.
9. A veces hago pequeños rituales para mantener alejadas las influencias negativas.
10. He sentido que podría hacer que algo ocurriese con sólo pensar mucho en ello.
11. A veces he sentido que la clase del profesor estaba dirigida a mí de forma especial.
12. A veces he sentido que personas desconocidas estaban leyendo mi mente.
13. Si la reencarnación fuera verdad, explicaría algunas experiencias inusuales que he tenido.
14. A veces tengo la sensación de ganar o perder energía cuando ciertas personas me miran o me tocan.
15. No es posible hacer daño a otros simplemente teniendo malos pensamientos sobre ellos.
16. A veces he sentido una presencia maligna a mi alrededor, aunque no pudiera verla.

17. A veces la gente se comporta de una forma tan extraña que uno se pregunta si forman parte de un experimento.
18. Los gobiernos rehúsan decirnos la verdad sobre los OVNI.
19. Casi nunca sueño sobre cosas antes de que sucedan.
20. A veces he tenido el pensamiento pasajero de que personas desconocidas estaban enamoradas de mí.
21. A veces los gestos de las manos que hacen personas desconocidas parecen tener influencia sobre mí.
22. Los talismanes de la suerte no funcionan.
23. A veces he tenido miedo de pisar las líneas en las aceras.
24. El número 13 no tiene poderes especiales.
25. He tenido momentáneamente la sensación de que podría no ser humano.
26. Creo que si quisiera podría aprender a leer la mente.
27. Los horóscopos aciertan demasiadas veces para ser sólo una coincidencia.
28. Algunas personas pueden hacer que piense en ellas con sólo pensar en mí.
29. Me ha preocupado que gente de otros planetas pueda estar influenciando lo que ocurre en la Tierra.
30. Cuando me presentan a desconocidos, raramente me pregunto si ya les había conocido antes.

Escala de Percepción Aberrante

1. A veces he tenido la sensación de que algunas partes de mi cuerpo no están unidas a mi persona.
2. Ocasionalmente he tenido la sensación de que mi cuerpo no existía.
3. A veces personas a las que conozco bien empiezan a parecerme desconocidas.

4. Mi oído es a veces tan sensible que los sonidos habituales se vuelven incómodos.
5. A menudo hay días en los que las luces de las habitaciones parecen tan brillantes que me molestan a los ojos.
6. Mis manos o pies nunca me han parecido distantes.
7. A veces me he sentido confuso acerca de si mi cuerpo era realmente mío.
8. A veces he sentido que no podía distinguir mi cuerpo de otros objetos de mi alrededor.
9. He sentido que mi cuerpo y el de otra persona eran uno y el mismo.
10. He sentido que algo fuera de mi cuerpo formaba parte de mi cuerpo.
11. A veces he tenido la sensación de que mi cuerpo es anormal.
12. De vez en cuando, al mirarme al espejo, mi cara me parece bastante diferente a la usual.
13. Nunca he tenido la sensación pasajera de que mis brazos o piernas se habían vuelto más largos de lo normal.
14. A veces he sentido que alguna parte de mi cuerpo dejaba de pertenecerme.
15. A veces cuando miro cosas como mesas y sillas me parecen extrañas.
16. He sentido como si mi cabeza o mis extremidades no me pertenecieran.
17. A veces parte de mi cuerpo me ha parecido más pequeña de lo normal.
18. A veces he tenido la idea pasajera de que alguna parte de mi cuerpo se estaba pudriendo.
19. En ocasiones me ha parecido como si mi cuerpo adoptara la apariencia del cuerpo de otra persona.
20. A veces los colores normales me parecen mucho más brillantes.
21. A veces he tenido la sensación de que mi cuerpo se estaba pudriendo por dentro.
22. A veces he tenido la sensación de que uno de mis brazos o piernas está desconectado del resto del cuerpo.
23. A veces me ha parecido que mi cuerpo se estaba fundiendo con lo que me rodeaba.
24. Nunca he sentido que mis brazos o mis piernas hubieran crecido momentáneamente.

25. Los límites de mi cuerpo parecen ser siempre claros.
26. A veces he tenido la sensación de que estaba unido a un objeto cerca de mí.
27. A veces he tenido la sensación de que una parte de mi cuerpo era más grande de lo normal.
28. Puedo recordar que me pareció como si una de mis extremidades adoptara una forma inusual.
29. He tenido la sensación momentánea de que mi cuerpo se había deformado.
30. He tenido la sensación momentánea de que las cosas que tocaba se adherían a mí cuerpo.
31. A veces tengo la sensación de que todo lo que está a mi alrededor está inclinado.
32. A veces tengo que tocarme a mí mismo para asegurarme de que todavía estoy aquí.
33. En ocasiones partes de mi cuerpo parecen muertas o irreales.
34. A veces me he preguntado si mi cuerpo era realmente el mío.
35. A veces durante unos días tengo una consciencia tan intensa de las imágenes y los sonidos que no puedo deshacerme de ellos.

Escala Revisada de Anhedonia Física

1. Normalmente hacer el amor me ha resultado intensamente placentero.
2. Cuando como uno de mis platos favoritos intento ir más lentamente para hacerlo durar más.
3. Me suele gustar el tacto de la seda, el terciopelo y las pieles.
4. A veces me ha gustado sentir la fuerza en mis músculos.
5. Bailar, o la idea de hacerlo, siempre me ha parecido aburrida.
6. La música de órgano me ha parecido siempre aburrida y poco emocionante.
7. El sabor de la comida ha sido siempre importante para mí.
8. Me he divertido muy poco con actividades físicas como andar, nadar o hacer deporte.

9. Raramente he disfrutado de algún tipo de experiencia sexual.
10. Raramente al oír una buena canción he querido cantarla.
11. Siempre he odiado la sensación de cansancio que produce la actividad intensa.
12. Raramente me ha importado el color en que están pintadas las cosas.
13. Nunca he disfrutado mucho del murmullo del viento jugando con las hojas.
14. Tomar el sol no es en realidad más divertido que tumbarse dentro de casa.
15. No hay muchas cosas con las que haya realmente disfrutado.
16. No comprendo porque hay gente tan interesada en la música.
17. Las flores no son tan bonitas como la gente dice.
18. Siempre me ha encantado que me hagan masajes en la espalda.
19. Nunca quise montar en ninguna de las atracciones de un parque de atracciones.
20. Siempre me ha gustado probar comidas nuevas.
21. El calor de una chimenea nunca me ha calmado ni tranquilizado particularmente.
22. Los poetas siempre exageran la belleza y las maravillas de la naturaleza.
23. Cuando he visto una estatua he tenido el impulso de tocarla.
24. Siempre he tenido muchos platos favoritos.
25. No comprendo porque la gente disfruta mirando las estrellas por la noche.
26. He tenido pocos deseos de probar nuevos tipos de comida.
27. Nunca tengo el deseo de quitarme los zapatos y cruzar un charco descalzo.
28. Nunca me ha importado demasiado la textura de la comida.
29. Al pasar por delante de una panadería, el olor de pan recién hecho a menudo me ha hecho sentir hambre.
30. A menudo me ha gustado recibir un fuerte y cálido apretón de manos.
31. A menudo me he sentido incómodo cuando mis amigos me tocan.
32. Las tormentas nunca me han parecido estimulantes.

33. Estar en un sitio alto y mirar las vistas es muy emocionante.
34. A menudo he disfrutado y me he relajado con un paseo.
35. El sonido de la lluvia sobre el tejado me ha hecho sentir confortable y seguro.
36. Me gusta jugar con perritos y gatitos y acariciarlos.
37. A menudo el sonido de la música de órgano me ha emocionado
38. Los paisajes hermosos han sido un gran placer para mí.
39. A menudo me ha parecido bonita la primera nevada del invierno.
40. El sexo está bien, pero no es tan divertido como mucha gente dice.
41. A veces he bailado solo solamente para sentir el movimiento de mi cuerpo con la música.
42. Raramente he disfrutado cantando en la ducha.
43. Para mí todas las comidas saben igual.
44. Al ver una alfombra suave y gruesa a veces he tenido el impulso de sacarme los zapatos y caminar descalzo sobre ella.
45. Después de un día atareado a menudo me ha relajado un paseo tranquilo.
46. Es emocionante mirar las luces brillantes de una ciudad.
47. La belleza de las puestas de sol está muy sobrevalorada.
48. Siempre me ha hecho sentir bien que alguien que me importa me toque
49. Normalmente la música suave me ha parecido más aburrida que relajante.
50. Normalmente termino la ducha o el baño tan rápido como puedo para quitármelo de encima.
51. El olor de la cena preparándose raramente me ha abierto el apetito.
52. Cuando he pasado al lado de las flores, a menudo me he detenido para olerlas.
53. El sexo es la cosa más intensamente placentera de la vida.
54. Creo que hacer volar una cometa es una tontería.
55. Nunca me ha gustado tomar el sol, sólo me da calor.

56. La música de un desfile nunca me ha emocionado.
57. Normalmente me ha hecho sentir bien masajear mis músculos cuando están cansados o doloridos.
58. Cuando me siento un poco triste, normalmente cantar me ha hecho sentir un poco más alegre.
59. A veces un buen baño de espuma me ha calmado y refrescado.
60. A veces un paseo enérgico me ha hecho sentir muy bien.
61. Me he sentido fascinado por la danza de las llamas en una chimenea.

Escala Revisada de Anhedonia Social

1. Tener amigos íntimos no es tan importante como mucha gente cree.
2. Para mí tiene muy poca importancia tener amigos íntimos.
3. Prefiero ver la televisión que salir con la gente.
4. Es mucho más agradable ir en coche acompañado que ir solo.
5. Me gusta llamar a los amigos y familiares que viven lejos.
6. Jugar con niños pequeños es una faena (fastidio).
7. Siempre me ha gustado mirar fotos de amigos.
8. Aunque hay cosas que me gusta hacer solo, normalmente me divierto más cuando hago cosas con otras personas.
9. A veces llego a sentirme muy próximo a las personas con las que paso mucho tiempo.
10. A veces la gente cree que soy tímido cuando en realidad sólo quiero estar solo.
11. Cuando las cosas les van muy bien a mis amigos íntimos yo también me siento bien.
12. Cuando alguien cercano a mí está deprimido, yo también me desanimo.
13. Mis respuestas emocionales parecen ser muy diferentes a las de otra gente.

14. A menudo cuando estoy solo me fastidia que la gente me llame por teléfono o llame a la puerta.
15. El mero hecho de estar con mis amigos puede hacerme sentir realmente bien.
16. Cuando las cosas me preocupan me gusta hablarlas con otras personas.
17. Prefiero los hobbies y las actividades que no implican a otras personas.
18. Es divertido cantar con otra gente.
19. Saber que tengo amigos que se preocupan por mí me produce una sensación de seguridad.
20. Si me mudo a una nueva ciudad, siento una fuerte necesidad de hacer nuevos amigos.
21. Normalmente a la gente le va mejor si se mantiene emocionalmente distante de la mayoría de personas.
22. Aunque sé que debería sentir afecto por algunas personas, en realidad no lo siento.
23. A menudo la gente espera que pase más tiempo hablando con ellos de lo que yo querría.
24. Me gusta y me gratifica conocer más cosas sobre la vida emocional de mis amigos.
25. Cuando la gente me intenta explicar sus problemas e historias, normalmente escucho con interés y atención.
26. En realidad nunca tuve amigos íntimos en el colegio o instituto.
27. Normalmente me encuentro a gusto estando solo, pensando y soñando despierto.
28. Soy demasiado independiente para involucrarme realmente con otras personas.
29. Hay pocas cosas que me cansen más que tener una larga conversación personal con alguien.
30. Me entristeció ver cómo todos mis amigos del Bachillerato o FP se separaban al terminar los estudios.
31. A menudo me cuesta resistir las ganas de hablar con un buen amigo, incluso cuando tengo otras cosas por hacer.
32. Hacer nuevos amigos no compensa la energía que requiere.

33. Hay cosas más importantes para mí que la privacidad.
34. La gente que intenta conocerme mejor normalmente acaba desistiendo.
35. Podría ser feliz viviendo solo en un refugio en el bosque o las montañas.
36. Si puedo escoger, prefiero estar con gente que solo.
37. Encuentro que la gente supone demasiado a menudo que sus actividades cotidianas y opiniones me pueden interesar.
38. No me siento muy unido a mis amigos.
39. Mis relaciones con otras personas nunca llegan a ser muy intensas.
40. En muchos sentidos prefiero la compañía de los animales a la de las personas.

Escala de Ambivalencia

1. A menudo siento que odio incluso mis actividades favoritas.
2. Mis pensamientos y sentimientos siempre parecen ser contradictorios.
3. Mis sentimientos sobre mi valor como persona cambian constantemente.
4. Muy a menudo siento que me apetece algo y, al mismo tiempo, que no me apetece.
5. Cuando intento tomar una decisión casi parece como si cambiase físicamente de un lado a otro.
6. Es imposible saber cómo te sientes porque la gente de tu alrededor cambia constantemente.
7. Siempre parezco ser la persona más insegura de mí mismo a la vez que soy la persona más segura.
8. Parece que siempre tengo problemas para decidir qué me gustaría hacer.
9. La mayoría de la gente parece saber lo que siente con más facilidad que yo.
10. Amor y odio tienden a ir juntos.
11. El amor nunca parece durar mucho tiempo.
12. Cuanto más me acerco a las personas, más me molestan sus defectos.

13. Todo el mundo tiene escondido un gran resentimiento hacia sus personas queridas.
14. He notado que los sentimientos de ternura a menudo se convierten en sentimientos de rabia.
15. Mis experiencias amorosas siempre han ido mezcladas con grandes frustraciones.
16. Normalmente cuando llego a amar a alguien interfieren sentimientos de odio.
17. A menudo una sensación de vergüenza me ha hecho difícil aceptar cumplidos.
18. Normalmente me siento dubitativo cuando termino algo en lo que he estado trabajando durante mucho tiempo.
19. Dudo de si alguna vez llegaré a estar seguro de qué me interesa realmente.

Escala de Hipomanía

1. Me considero una persona bastante normal y corriente.
2. Me pondría nervioso por tener que hacer el payaso delante de la gente.
3. Frecuentemente estoy tan «hiperactivo» que mis amigos me preguntan en broma qué droga tomo.
4. Creo que sería un buen humorista.
5. A veces las ideas e intuiciones me vienen tan rápido a la mente que no puedo expresarlas todas.
6. Cuando estoy con un grupo de gente, normalmente prefiero dejar que sea otra persona el centro de atención.
7. En ambientes poco familiares para mí, a menudo soy tan seguro y sociable que me sorprende a mí mismo
8. A menudo me siento tan inquieto que me es imposible quedarme quieto
9. Mucha gente me considera divertido pero algo excéntrico.
10. Cuando tengo una emoción, normalmente la siento con extrema intensidad.

11. Normalmente estoy tan eufórico que no puedo concentrarme en una cosa durante mucho tiempo.
12. A veces he sentido que nada malo puede pasarme hasta que no haya cumplido mi misión en la vida.
13. La gente frecuentemente acude a mi cuando necesita una idea inteligente.
14. No estoy más pendiente de mi mismo que la mayoría de la gente.
15. Con frecuencia me siento feliz y emocionado sin que haya un motivo aparente para ello.
16. No puedo imaginar que alguien escriba algún día un libro sobre mi vida.
17. Normalmente mi humor es normal, ni muy alto ni muy bajo.
18. Con frecuencia estoy de un humor en el que me siento con tanta energía y optimismo que creo que podría llegar a superar a cualquiera en cualquier cosa.
19. Tengo un rango de intereses tan amplio que a menudo no sé qué hacer.
20. A menudo he tenido un exceso de energía tal que he sentido poca necesidad de dormir.
21. Mi humor no parece fluctuar más que el de la mayoría de la gente.
22. Muy frecuentemente siento que me gustaría estar en todas partes y poder hacerlo todo a la vez.
23. Espero triunfar algún día en varias profesiones distintas.
24. Cuando estoy feliz y entusiasmado casi siempre sé el porqué.
25. Cuando voy a un sitio donde no conozco a nadie, normalmente tardo un rato en encontrarme cómodo.
26. Creo que sería un buen actor/actriz ya que puedo interpretar muchos papeles de forma convincente
27. Me gusta que los demás me vean como una persona normal.

28. Cuando pienso de forma especialmente creativa, normalmente escribo los pensamientos e intuiciones que se me ocurren.
29. Muchas veces he convencido a grupos de amigos para hacer cosas muy alocadas o atrevidas.
30. Disfrutaría mucho siendo político y emprendiendo una campaña electoral.
31. En general puedo disminuir el ritmo cuando quiero.
32. Se me considera una persona muy «hiperactiva».
33. Muchas veces estoy tan contento y enérgico que me siento casi mareado.
34. Hay tantos campos en los que podría tener éxito que me parece una lástima tener que elegir sólo uno.
35. A menudo me siento de tal forma que me parece que las reglas de la vida no están hechas para mí.
36. Me resulta fácil que los demás se sientan interesados por mí sexualmente.
37. Parece que soy una persona cuyo humor sube y baja fácilmente.
38. Con frecuencia me doy cuenta de que mis pensamientos van muy rápido.
39. Controlo a los demás con tal facilidad que a veces incluso me asusta.
40. En las reuniones sociales normalmente soy el «alma de la fiesta».
41. En general lo mejor de mi trabajo es fruto de breves períodos de intensa inspiración.
42. Parece ser que tengo una habilidad especial para inspirar y persuadir a los demás.
43. Muchas veces me he sentido tan entusiasmado por proyectos apasionantes que no me he preocupado de comer ni de dormir.
44. Con frecuencia me pongo de tal humor que me siento muy acelerado e irritable.
45. A menudo me he sentido contento e irritable al mismo tiempo.
46. Con frecuencia estoy de un humor tan excitado que me es casi imposible parar de hablar.
47. Preferiría tener un éxito común y corriente que un fracaso espectacular.

48. Cien años después de mi muerte mis éxitos probablemente habrán sido olvidados.

Escala de Infrecuencia

1. Algunas mañanas no me he levantado inmediatamente después de que sonara el despertador.
2. En muchas ocasiones la gente que conozco me ha dicho hola.
3. Algunas veces que he llamado por teléfono, he encontrado la línea ocupada.
4. A veces cuando he estado enfermo o cansado me ha apetecido irme a la cama temprano.
5. Algunas veces he notado que la gente iba mejor vestida que yo.
6. Se tarda menos en llegar a Nueva York en barco que en avión.
7. Creo que la mayoría de bombillas funcionan con electricidad.
8. Cada dos años visito al menos una vez la misma área de la Polinesia o la parte norte de Alaska.
9. No recuerdo haber hablado con alguien que llevara gafas.
10. A veces cuando voy por la calle andando he visto niños jugando en la calle.
11. Nunca me he peinado antes de salir de casa por la mañana.
12. Creo que a menudo voy cojo por culpa de un accidente de paracaídas.
13. No recuerdo haber ido ni una sola vez en autobús.

Anexo 3. English Version of the Relationship Questionnaire (RQ)

RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE

PLEASE READ THE DIRECTIONS!

1. Following are descriptions of four general relationship styles that people often report.

Please read each description and **CIRCLE** the letter corresponding to the style that *best* describes you or is *closest* to the way you generally are in your close relationships.

A. It is easy for me to become emotionally close to others. I am comfortable depending on them and having them depend on me. I don't worry about being alone or having others not accept me.

B. I am uncomfortable getting close to others. I want emotionally close relationships, but I find it difficult to trust others completely, or to depend on them. I worry that I will be hurt if I allow myself to become too close to others.

C. I want to be completely emotionally intimate with others, but I often find that others are reluctant to get as close as I would like. I am uncomfortable being without close relationships, but I sometimes worry that others don't value me as much as I value them.

D. I am comfortable without close emotional relationships. It is very important to me to feel independent and self-sufficient, and I prefer not to depend on others or have others depend on me.

2. Please rate each of the following relationship styles according to the *extent* to which you think each description corresponds to your general relationship style.

A. It is easy for me to become emotionally close to others. I am comfortable depending on them and having them depend on me. I don't worry about being alone or having others not accept me.

B. I am uncomfortable getting close to others. I want emotionally close relationships, but I find it difficult to trust others completely, or to depend on them. I worry that I will be hurt if I allow myself to become too close to others.

C. I want to be completely emotionally intimate with others, but I often find that others are reluctant to get as close as I would like. I am uncomfortable being without close relationships, but I sometimes worry that others don't value me as much as I value them.

D. I am comfortable without close emotional relationships, It is very important to me to feel independent and self-sufficient, and I prefer not to depend on others or have others depend on me.

	Not at all like me		Somewhat like me			Very much like me	
Style A.	1	2	3	4	5	6	7
Style B.	1	2	3	4	5	6	7
Style C.	1	2	3	4	5	6	7
Style D.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4. Versión en Castellano del Cuestionario de Relación (RQ)

A continuación, te presentamos cuatro descripciones (A, B, C y D). Por favor, indícanos en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) el grado en el que sientes que cada una de ellas te representa.

- A.** Es fácil para mí sentirme emocionalmente cercano/a a los demás. Me siento cómodo/a dependiendo de otras personas y sintiendo que otros dependen de mí. No me preocupa estar solo/a o que otros no me acepten.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

- B.** Me siento cómodo/a sin relaciones emocionales estrechas. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros ni que otros dependan de mí.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

- C.** Quiero tener una intimidad emocional total con otras personas, pero a menudo me encuentro con que los otros son reacios a ser tan cercanos a mí como yo querría. Me siento incómodo/a sin tener una relación íntima, pero a veces me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

- D.** Me siento incómodo/a en relaciones muy estrechas con otros. Deseo relaciones emocionales próximas, pero encuentro difícil confiar en los demás completamente, o depender de ellos. Me preocupa que pueda ser herido/a si me permito establecer relaciones demasiado estrechas con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

Ahora, por favor, escoge la descripción (sólo una) con la que te sientas más representado/a y marca una cruz en la letra que le corresponda.

IX. AGRADECIMIENTOS

Desearía mencionar a todas las personas que de alguna manera han contribuido en el desarrollo y buen término de esta tesis.

En primer lugar agradezco a la coordinadora y tutora de la presente tesis, la Doctora Neus Barrantes-Vidal, quien ha depositado su confianza en mí, y que siempre ha tenido la paciencia y buena disposición para guiarme durante todos estos años de preparación y desarrollo de tesis.

Al profesor Tomas Kwapil por la importante aportación de datos y su gran colaboración en el desarrollo del estudio empírico.

A la Universidad Autónoma de Barcelona donde he podido iniciar mi proceso formativo como investigadora.

A mis compañeras Agnes Ros-Morente y Tamara Sheinbaum por todo su apoyo y paciencia durante el desarrollo de los estudios empíricos.

A mi familia, que a pesar de la distancia siempre me han hecho sentirlos siempre cerca con todo su amor, apoyo, comprensión y me han transmitido mucha fuerza para sacar adelante todos mis planes y proyectos.

A Gabriele y Mariel por estar siempre a mi lado en los buenos y malos ratos

