

Apego y trastornos mentales graves

Tesis doctoral

Maidier González de Artaza Lavesa

Directores: Miguel Ángel González Torres

Ana Catalán Alcántara

Escuela de Máster y Doctorado

Área de Psiquiatría

Departamento de Neurociencias

Universidad del País Vasco

Bilbao, 2021

A Léa y Théo

*“La confianza en la figura de apego
es la base de una personalidad estable y segura”.*

John Bowlby

“Mental ill health has to start somewhere”.

Patrick McGorry & Jim van Os

Agradecimientos

Este trabajo no hubiese sido posible sin la ayuda de todas las personas que me han acompañado en este largo camino. Quiero aprovechar estas líneas para mostrarles mi más sincero agradecimiento.

En primer lugar me gustaría agradecer a mis directores, Miguel Ángel González Torres y Ana Catalán Alcántara, el haber dirigido esta tesis doctoral. Gracias por haber compartido conmigo vuestros conocimientos y buen saber hacer. Gracias también por el apoyo, los consejos y la confianza que siempre habéis depositado en mí. Siempre guardaré un recuerdo de cariño, admiración y gratitud hacia vosotros después de tantos años de trabajo a vuestro lado.

All my gratitude to Professor Jim van Os. It has been a pleasure to learn from you and from your team in the course of my placement in your research center in Maastricht. I am especially grateful for your professionalism and closeness.

Quiero dar también las gracias a Arantza Fernández Rivas. Gracias Arantza, porque sin tu generosidad y apoyo mi estancia en Maastricht no hubiese sido posible. Muchas gracias también a ti Miguel Ángel por darme la oportunidad de vivir una experiencia profesional tan enriquecedora.

Agradezco a IMQ AMSA, al Hospital Universitario de Basurto (HUB) y en particular a todo el equipo de profesionales del Servicio de Psiquiatría del HUB por facilitar siempre nuestro trabajo y hacer posible que este estudio se pudiese llevar a cabo.

Gracias a todos los investigadores y clínicos que han colaborado en este estudio. Todos ellos han realizado una impagable contribución, participando en el proceso de recogida de información, corrigiendo pruebas, completando bases de datos o permitiéndonos el acceso a sus pacientes. A todos ellos, gracias.

A Amaia Bilbao González por su inestimable ayuda con los análisis estadísticos. Gracias por tu disponibilidad y tu trabajo.

Todo mi respeto y gratitud a todas las personas que anónimamente han participado como muestra en este estudio y que con su colaboración han hecho posible la elaboración de este trabajo. El resultado de mi tesis os lo debo en gran parte a todos vosotros.

Muchas gracias Arno por tu apoyo incondicional, por interesarte siempre por mi trabajo, por entender mis ausencias y cuidar de ellos para que yo pudiese dedicar tiempo a la tesis. Sin tu ayuda nunca hubiese podido finalizar este trabajo. Siempre te estaré agradecida.

A mis pequeños, Léa y Théo, porque vosotros sin saberlo habéis conseguido dar sentido a todo el esfuerzo de estos años.

A mi hermana, por haber sabido acompañarme como nadie en los mejores y en los peores momentos de mi vida.

A los que faltan, porque os sigo teniendo muy presentes y sé que estaríais muy orgullosos.

A mis amigos, en especial a los de siempre: Rocío, Miguel, Géraldine, Dorleta, Ana, Rubén, María, Marta, Lucía, Marga, Carme...

À ma nouvelle famille, surtout Annie et Maurice. Merci pour avoir toujours été à nos côtés et vos qualités humaines. Vous m'avez toujours encouragé à poursuivre malgré les difficultés et avez su me donner une bouffée d'air pour continuer quand il semblait que ce moment ne viendrait jamais.

Y por último, mil gracias a mi madre y a mi yaya por todo. Solo decir que para mí sois un referente de vida. No tengo palabras para agradecer vuestro amor incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

Capítulo I. Apego	3
1.1. Introducción.....	4
1.2. Concepto y definición de apego.....	5
1.3. Modelos representacionales de apego	6
1.4. La técnica o prueba de la Situación Extraña (SST).....	7
1.5. Apego adulto	12
1.5.1. Introducción.....	12
1.5.2. Principios básicos en el apego infantil y adulto.....	13
1.5.3. Modelos representacionales de apego en la edad adulta	13
1.5.4. Bartholomew y Horowitz	14
1.6. Investigación en apego adulto	19
1.6.1. Introducción.....	19
1.6.2. Sistemas de clasificación.....	21
1.6.3. Métodos y principales instrumentos de evaluación	26
Capítulo II. Psicosis	31
2.1. Introducción.....	32
2.2. Concepto de psicosis	33
2.3. Historia.....	33
2.4. Diagnóstico de los trastornos psicóticos.....	38
2.5. De la normalidad a la psicosis: la hipótesis de la psicosis como un continuum	43
2.5.1. Concepto y definición de fenotipo psicótico o esquizotipia	43
2.5.2. La hipótesis de continuum en la psicosis	47
2.5.3. Investigación y medidas de evaluación del fenotipo psicótico	51

2.6. Cognición social y psicosis.....	55
2.6.1. Concepto y definición de cognición social.....	55
2.6.2. Estudio de la cognición social en la esquizofrenia.....	56
2.6.3. Áreas o componentes de la cognición social	56
2.7. Continuum de la psicosis y cognición social	59
2.7.1. Introducción.....	59
2.7.2. Alteraciones en la atribución de la saliencia	60
2.7.3. Tendencia a “saltar a conclusiones”	62

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo III. Hipótesis y objetivos 67

3.1. Hipótesis.....	68
3.1.1. Hipótesis principal	68
3.1.2. Hipótesis secundaria	68
3.2. Objetivos.....	69
3.2.1. Objetivo principal	69
3.2.2. Objetivo secundario	69

Capítulo IV. Métodos..... 71

4.1. Muestra	72
4.2. Procedimiento.....	73
4.3. Instrumentos de medida	74
4.3.1. Cociente intelectual (CI).....	74
4.3.2. Apego adulto	74
4.3.3. Cognición social	76
4.3.4. Experiencias psicóticas	77

4.4. Análisis estadísticos	78
Capítulo V. Resultados	81
5.1. Análisis descriptivo de la muestra	82
5.2. Análisis de las variables clínicas	83
5.2.1. Análisis del apego adulto	83
5.2.2. Análisis de la cognición social	87
5.2.3. Análisis de las experiencias psicóticas	89
➤ RELACIÓN ENTRE EL APEGO ADULTO Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA MUESTRA TOTAL	90
➤ DIFERENCIAS POR GRUPO DE LA INFLUENCIA DEL APEGO ADULTO EN LA COGNICIÓN SOCIAL, AJUSTANDO POR EDAD, SEXO Y CI.	91
➤ RELACIÓN DEL APEGO ADULTO CON LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS EN LA MUESTRA TOTAL	92
➤ DIFERENCIAS POR GRUPO DE LA INFLUENCIA DEL APEGO ADULTO EN LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS, AJUSTANDO POR EDAD, SEXO Y CI.	94
Capítulo VI. Discusión	100
6.1. Apego adulto	101
6.2. Cognición social	104
6.2.1. Speech illusion	104
6.2.2. Sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o JTC	108
6.3. Experiencias psicóticas	110
6.4. Apego y cognición social	112
6.4.1. Apego y speech illusion	113
6.4.2. Apego y JTC	117
6.5. Apego y síntomas psicóticos	122

Capítulo VII. Limitaciones y fortalezas	129
Capítulo VIII. Conclusiones	120
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	159
Anexo I. Versión abreviada del WAIS-III.....	161
Anexo II. ECR-S.....	171
Anexo III. White Noise task.....	162
Anexo IV. Beads task.....	169
Anexo V. CAPE	169

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN

Tabla 1.1. *Clasificación del apego. Prueba de Situación Extraña (SST).*

Tabla 1.2. *Principales líneas de investigación del apego adulto.*

Tabla 1.3. *Ventajas y desventajas de los modelos categorial y dimensional.*

Tabla 1.4. *Principales instrumentos de evaluación de apego en adultos.*

Tabla 2.1. *Diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5 y la CIE-10.*

Tabla 2.2. *Síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia según Andreasen, 1982.*

Tabla 2.3. *Fenotipo psicótico en población general y muestras clínicas.*

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Tabla 5.1. *Variables sociodemográficas y CI.*

Tabla 5.2. *Variables dimensionales de apego adulto.*

Tabla 5.3. *Variables experiencias psicóticas.*

Tabla 5.4. *Relación entre el apego adulto y la cognición social. Análisis sin ajustar.*

Tabla 5.5. *Diferencias por grupo de la influencia del apego adulto en cognición social, ajustando por edad, sexo y CI.*

Tabla 5.6. *Relación del apego adulto con las experiencias psicóticas. Análisis sin ajustar.*

Tabla 5.7. *Diferencias por grupo de la influencia del apego adulto en las experiencias psicóticas, ajustando por edad, sexo y CI.*

Tabla 6.1. *Estudios sobre apego y experiencias psicóticas específicas: alucinaciones y paranoia. Muestras con patología psicótica.*

Tabla 6.2. *Estudios con población general. Relación entre los tipos de apego y la esquizotipia: positiva y negativa.*

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

Figura 1.1. *Modelo de apego adulto según Bartholomew & Horowitz.*

Figura 2.1. *Hipótesis de continuum de la psicosis: modelo cuasidimensional y modelo completamente dimensional.*

Figura 2.2. *Continuum de gravedad del fenotipo psicótico y fases del trastorno.*

Figura 2.3. *Fenotipo psicótico en población general y muestras clínicas.*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Gráfico 5.1. *Frecuencia de las categorías de apego adulto en la muestra total.*

Gráfico 5.2. *Frecuencia de las categorías de apego adulto por grupo.*

Gráfico 5.3. *Frecuencia de las speech illusion.*

Gráfico 5.4. *Frecuencia de JTC en la muestra total.*

Gráfico 5.5. *Frecuencia de JTC por grupo.*

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AAI: Adult Attachment Interview.

AAIQ: Adult Attachment Interview Questionnaire.

AAP: Adult Attachment Projective.

AAPR: Adult Attachment Prototype Rating.

AAQ: Adult Attachment Questionnaire.

AAQA: Avoidant Attachment Questionnaire for Adults.

AAS: Adult Attachment Scale.

AHQ: Attachment History Questionnaire.

AMBIANCE: Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification.

AORI: Attachment and Object Relations Inventory.

AQS: Attachment Q-Set.

ARMS: At-Risk Mental States.

ASI: Attachment Style Interview.

ASQ: Attributional Style Questionnaire.

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

CAI: Couple Attachment Interview.

CAPE: Community Assessment of Psychic Experience.

CAS: Continued Attachment Scale.

CATS: Client Attachment to Therapist Scale.

CI: cociente intelectual.

CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la OMS (décima edición).

CRI: Current Relationship Interview.

DE: desviación estándar.

DEIT: Dynamic Emotion Identification Task.

DFAR: Degraded Facial Affect Recognition task.

DISC-C: Diagnostic Interview Schedule for Children.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (cuarta edición revisada).

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (quinta edición).

DSSI: Delusions Symptom-State Inventory.

ECR: Experiences in Close Relationships.

ECR-R: Experiences in Close Relationships-Revised.

ECR-S: Experiences in Close Relationships-Spanish.

ECS: Escala de Cognición Social.

EMAR: Estados Mentales de Alto Riesgo.

EPQ: Eysenk Personality Questionnaire.

ERT: Emotion Recognition Task.

FAI: Family Attachment Interview.

FER: Facial Expression Recognition task.

GHQ-12: General Health Questionnaire-12 items.

HUB: Hospital Universitario de Basurto.

IC: intervalos de confianza.

IPA: Inventory of Peer Attachment.

IPSAQ: Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire.

JTC: jumping to conclusions.

LSHS: Launay-Slade Hallucinations Scale.

MAI: Marital Attachment Interview.

MAQ: Measure of Attachment Qualities.

MFPS: Mother Father Peer Scale.

MIMARA: Multi Item Measure of Adult Romantic Attachment.

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.

MS: modelo positivo del sí mismo.

MSAS: Maternal Separation Anxiety Scale.

MSSS: Major Symptoms of Schizophrenia Scale.

MO: modelo positivo de los otros.

NEO-PI-R: NEO Personality Inventory-Revised.

OPCRIPT: operational criteria.

OR: odds-ratio.

PAI: Peer Attachment Interview.

PAM: Psychosis Attachment Measure.

PAQ: Parental Attachment Questionnaire.

PASAS: Parents of Adolescents Separation Anxiety Scale.

PBI: Parenting Bonding Instrument.

PDI-21: Delusions Inventory-21 items.

PEP: primer episodio psicótico.

PIT: Pragmatic Inference Task.

RAAS: Revised Adult Attachment Scale.

RAQA: Reciprocal Attachment Questionnaire for Adults.

R-IPA: Revised Inventory of Parental Attachment.

RQ: Relationship Questionnaire.

RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale.

RSQ: Relationship Scales Questionnaire.

SANS: Scale for Assessment of Negative Symptoms.

SAPS: Scale for Assessment of Positive Symptoms.

SBSS: Secure Base Scoring System.

SCID: Structural Clinical Interview for DSM.

SES: Socioeconomic Status.

SIS-R: Structured Interview for Schizotypy-Revised.

SST: Strange Situation Test o prueba de la Situación Extraña.

TLP: trastorno límite de la personalidad.

ToM: Teoría de la mente.

TP: trastorno de personalidad.

VASQ: Vulnerable Attachment Style Questionnaire.

WAIS-III: escala de Inteligencia de Weschsler para Adultos (tercera versión).

WHO DAS II: World Health Organization Disability Assessment Scale II.

INTRODUCCIÓN

Capítulo I. Apego

1.1. Introducción

La relación más temprana que se establece y permite aprender a regular el sistema emocional y social con normalidad, es la vinculación afectiva prematura que se da entre el bebé y su cuidador más próximo, que se encargará de responder a sus señales o reacciones emocionales (Bowlby, 1969; Stern, 1985; Fonagy, 2004; Trevarthen, 2010).

Estos primeros lazos emocionales funcionan como base del desarrollo evolutivo, formando el primer prototipo de los futuros esquemas del individuo, que guiarán la regulación de sus estados cognitivos y emocionales y sus relaciones interpersonales a lo largo de la vida. Esta tendencia universal del ser humano a crear fuertes vínculos afectivos con los demás, está recogida en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980).

Esta teoría sirve para poder comprender cómo funciona el apego y las diferencias individuales que existen a la hora de responder a diversas experiencias de la vida. Y defiende que los diferentes estados que puede experimentar el niño como la seguridad, la ansiedad o el temor, dependen fundamentalmente de la accesibilidad y la capacidad de respuesta de su figura de apego (Hazan & Shaver, 1994).

Bowlby exploró varios campos para formular esta teoría, que abarca conceptos provenientes de teorías etológicas, evolutivas y psicológicas, como la teoría de la relación de objeto o la teoría general de sistemas (Girón García, Rodríguez Ballesteros, & Sánchez Ariza, 2003; Oliva, 2004).

1.2. Concepto y definición de apego

El concepto de *apego* fue acuñado por Bowlby en 1958 (Fonagy, 2004). Y lo definió en 1988 como una *“propensión instintiva, mostrada por los humanos y otras especies superiores, a buscar seguridad en la cercanía a un individuo percibido como protector, en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos asociados con la percepción de vulnerabilidad”* (Bowlby, 1988).

Por lo tanto, podemos decir que el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus figuras de apego y que le aporta la seguridad emocional necesaria en momentos de angustia potencial o incertidumbre. El objetivo de este vínculo es facilitar el comportamiento exploratorio del niño (Bowlby, 1969) y dar lugar a un buen desarrollo de la personalidad. Se entiende que el afecto es un componente indispensable del apego (Del Barrio, 2002; Oliva, 2004).

Tres elementos fundamentales describen el proceso de apego y el establecimiento de los vínculos entre el niño y sus cuidadores:

- *Sintonía*: armonía entre el estado interno de los progenitores y el del niño. Se adquiere cuando comparten señales no verbales.
- *Equilibrio*: la sintonía con el estado de los progenitores permite al niño equilibrar y regular sus propios estados corporales, emocionales y mentales.
- *Coherencia*: es el sentido de integración que el niño alcanza a través de la relación con los adultos, que hace que se sienta integrado y en conexión con los otros.

Para definir el apego, en esta tesis adoptaremos un enfoque psicobiosocial basándonos en el modelo de apego de Bowlby (Bowlby, 1969, 1973, 1980).

1.3. Modelos representacionales de apego

En la primera infancia el niño necesita que sus figuras de apego le atiendan de forma constante, con el objetivo de que cubran sus necesidades afectivas y de supervivencia básicas. A partir de estas interacciones, el niño va desarrollando una serie de esquemas o representaciones mentales sobre quiénes y cómo son sus figuras de apego y qué puede esperar de ellas (expectativas, percepciones, reacciones y conductas). Estas representaciones también incluyen información sobre sí mismo y la relación entre ambos (Bowlby, 1988).

Estas estructuras cognitivas fueron definidas como *Modelos representacionales, operantes* o *Modelos internos de funcionamiento* (Bowlby, 1988) o por otros autores como *representaciones mentales* o *Modelos cognitivos de las relaciones de intimidad* (Diamond & Hicks, 2005; Hazan & Shaver, 1994; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985).

Una vez interiorizados, estos modelos representacionales son fundamentales a la hora de configurar la forma en que va a operar su sistema de apego a lo largo de toda su vida, sirviéndole de guía para establecer otras futuras relaciones significativas (Bowlby, 1988).

Por lo tanto, la relación que establece el niño con sus figuras de apego los primeros años de vida, le permite construir un modelo representacional del mundo que le rodea y de sí mismo, que le permitirá ir guiando su comportamiento, siempre en función de su nivel cognitivo y afectivo. Esto le ayudará a comprender la realidad en la que vive, anticiparse al futuro e ir planificando respuestas y metas (Bradley & Cafferty, 2001; Guidano, 2004).

1.4. La técnica o prueba de la Situación Extraña (SST).

En el transcurso del primer año de vida, se construye una serie de estrategias de regulación afectiva entre el bebé y el cuidador que dan como resultado la formación de un patrón de comportamiento seguro o inseguro de apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main et al., 1985).

Mary Ainsworth, una cercana colaboradora de Bowlby, delinea las categorías de comportamiento de apego gracias al diseño de un experimento pionero llamado la técnica de la *Situación Extraña (SST)*. Mediante esta técnica estudia la relación madre-hijo en el primer año de vida. Y más concretamente, por un lado, la respuesta del niño ante periodos cortos de separación y encuentro madre-hijo, y por otro, su reacción ante la presencia de un “extraño” (Ainsworth et al., 1978).

A partir de estas investigaciones, Ainsworth desarrolla las primeras clasificaciones del apego en niños. Describe tres patrones con el objetivo de formar una base sobre los conceptos de apego seguro e inseguro (Tabla 1.1):

Tabla 1.1

Clasificación del apego. Prueba de Situación Extraña (SST).

Patrones de apego	Estrategias de regulación afectiva (antes de los 18 meses)	
	<i>Niño</i>	<i>Cuidador</i>
SEGURO	Utiliza al cuidador como base segura para la exploración.	Sensible a las necesidades del niño.
INSEGURO - AMBIVALENTE	Inseguridad con el cuidador aunque lo busca. Exploran poco y es difícil consolarlos.	Respuestas inconsistentes: rechazo o aceptación.
INSEGURO - EVITATIVO	No se queja si la madre se aleja. No busca acercamiento en momentos de angustia.	Minimización, rechazo de la angustia del niño. Fomenta su independencia.
INSEGURO - DESORGANIZADO (Main & Solomon, 1990; Main et al., 1985)	Comportamientos inconsistentes y contradictorios.	Conductas imprevisibles e impredecibles. Con frecuencia asociado a abuso infantil.

Nota. Adaptado de "Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation" de Ainsworth M. et al., 1978.

1. *Apego seguro.* El momento de la separación del cuidador se caracteriza por un cierto malestar del niño y la búsqueda activa de proximidad. Cuando el

cuidador regresa, el niño siente alivio y vuelve rápidamente al comportamiento exploratorio y de juego (Ainsworth et al., 1978).

El cuidador se comporta como una "base segura" para el bebé. Actúa de manera rápida y eficiente demostrando cariño, protección, disponibilidad y atención a sus señales (Vygotsky, 1978).

El apego seguro tiene efectos positivos en el desarrollo del niño y del adulto (Ainsworth et al., 1978; Grossmann, Grossmann, & Schwan, 1986):

- capacidad de experimentar emociones negativas sin angustiarse, manteniendo la capacidad de poder exteriorizar cómo le afectan,
- desarrollo de sentimientos de confianza y de un concepto positivo y coherente de sí mismo, y
- calidez, satisfacción y estabilidad en las relaciones interpersonales.

En cambio, cuando la interacción entre el niño y la figura de apego no es adecuada, la relación se caracteriza por una estrategia de unión insegura (Ainsworth et al., 1978):

2. *Apego inseguro ambivalente (ansioso o resistente)*. La exploración del entorno en presencia de su figura de apego es baja o nula. Estos niños no se alejan de ella y responden al momento de separación con una gran angustia. La vuelta de la madre no actúa como una influencia calmante y son difícilmente consolados por esta tras la experiencia de separación. El niño, por otro lado, muestra una conducta ambivalente hacia la madre. En primer

lugar busca y procura mantener cercanía y contacto con ella, pero cuando esta se aproxima el niño la rechaza (Ainsworth et al., 1978).

Esto se debe a que su figura de apego normalmente actúa de forma inconsistente oscilando entre el rechazo y la aceptación, y como consecuencia, el niño no tiene expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de su figura de apego (Ainsworth et al., 1978).

3. *Apego inseguro evitativo (temeroso)*. El niño muestra poca o nula emoción al separarse de su madre, mostrándose pasivo. Cuando la madre vuelve, el niño sigue mostrándose indiferente y continúa con el juego. De hecho evitará e incluso rechazará los intentos de iniciar contacto (Main & Weston, 1981).

En este tipo de relaciones, el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, minimizando e incluso rechazando la expresión de angustia del niño y el contacto físico y visual con este. Por lo tanto, el niño ha aprendido a no quejarse, a evitar mostrar sus emociones o expresar sus sentimientos y a minimizar la interacción con su figura de apego en momentos de angustia (Ainsworth et al., 1978).

Por lo tanto, tanto los niños con un apego ambivalente como los evitativos, perciben las situaciones desconocidas como amenazantes. Esto se debe a que ambos patrones inseguros se caracterizan por un sistema de apego dis-regulado. En el patrón evitativo se produce una sobre-regulación, dando lugar a una

minimización de las experiencias emocionales. En cambio en el patrón ambivalente se da todo lo contrario, se observa una sub-regulación, un bajo control de estas, produciéndose escenas de gran angustia y exteriorización de las emociones.

A esta clasificación original más adelante Main y Solomon (1986) agregarían una cuarta categoría, en concreto un tercer patrón de apego inseguro:

4. *Apego inseguro desorganizado*. Esta categoría estaba formada por un grupo de niños que no mostraban un patrón de conducta tan organizado durante la SST. Podría considerarse como una combinación del apego inseguro ambivalente y evitativo. Cuando la madre está presente el niño se acerca a ella evitando la mirada y cuando esta reaparece, tras su marcha, se muestran contradictorios: en un primer momento se aproximan y buscan contacto pero posteriormente la evitan. Esta situación le lleva a realizar movimientos y expresiones sin dirección o incompletas, conductas estereotipadas o desarticuladas y también a movimientos retardados o incluso a la paralización (Main & Solomon, 1986, 1990).

El niño suele reaccionar de esta forma porque aunque su madre es percibida por el niño como una fuente de seguridad, en el fondo no le aporta tal seguridad, ya que al mismo tiempo la ve como una amenaza generándole incluso más ansiedad. Esto se debe a que su figura de apego le suele desconcertar y desorientar con sus conductas y respuestas, ya que estas suelen ser desproporcionadas e impredecibles (Main, 1996).

Se ha vinculado este patrón con un mayor riesgo de psicopatología posterior (Van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), como por ejemplo comportamientos disociativos en la niñez, adolescencia y edad adulta (Liotti, 1995), y comportamientos agresivos (Lyons-Ruth, 2006; Lyons-Ruth, 2016).

1.5. Apego adulto

1.5.1. Introducción

La teoría del apego, se estudió inicialmente en la década de 1960 y 1970. John Bowlby y Mary Ainsworth fundaron la teoría moderna del apego donde el niño y sus figuras de apego fueron durante años el foco central.

A finales de 1980, Cindy Hazan y Phillip Shaver observaron que las interacciones que se daban entre los adultos se diferenciaban en varios aspectos de las relaciones entre los niños y sus figuras de apego. Pero aún así, tenían muchas cosas en común, lo que les llevó a extender la teoría del apego a las relaciones adultas (Hazan & Shaver, 1987).

En la infancia, las principales relaciones de apego se dan entre el niño y sus figuras de apego (Bowlby, 1969, 1988). En cambio, el apego en adultos se ocupa de la teoría del apego en relaciones adultas en cualquier franja de edad, estudiando aspectos como el vínculo de intimidad establecido con la pareja (Hazan & Shaver, 1987).

1.5.2. Principios básicos en el apego infantil y adulto

Las semejanzas y diferencias entre el apego infantil y el apego en la edad adulta han sido estudiadas por diferentes teóricos del apego.

Bowlby considera que hay pocas diferencias en las relaciones que se crean entre los adultos por un lado, y entre el niño y sus cuidadores de referencia por otro. Es decir, los sistemas de apego que se dan en la infancia y durante la edad adulta con la pareja son muy parecidos (Bowlby, 1982).

Hazan y Shaver también afirmaron que son más los puntos en común que las diferencias existentes en las relaciones de apego entre estos dos momentos evolutivos, ya que en ambas etapas comparten un mismo objetivo final, la búsqueda de proximidad (Hazan & Shaver, 1994).

Por lo tanto, podemos afirmar como conclusión, que a pesar de existir algunas diferencias las similitudes son mayores.

1.5.3. Modelos representacionales de apego en la edad adulta

Como ya comentamos anteriormente, los teóricos del apego señalan que la experiencia de apego temprana del bebé con su madre u otros cuidadores, así como con otras figuras de apego posteriores, tiene un impacto en la capacidad de formar vínculos en etapas posteriores, sirviéndole de guía para futuras relaciones

interpersonales (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Benoit & Parker, 1994; Bretherton & Mundholland, 2008).

A medida que el individuo va creciendo y evolucionando por las diferentes etapas evolutivas: infancia, adolescencia y edad adulta, los estilos de apego se van interiorizando y son los encargados de guiar cogniciones, emociones y comportamientos en sus relaciones interpersonales, que cada vez se van a ir volviendo más estrechas e íntimas.

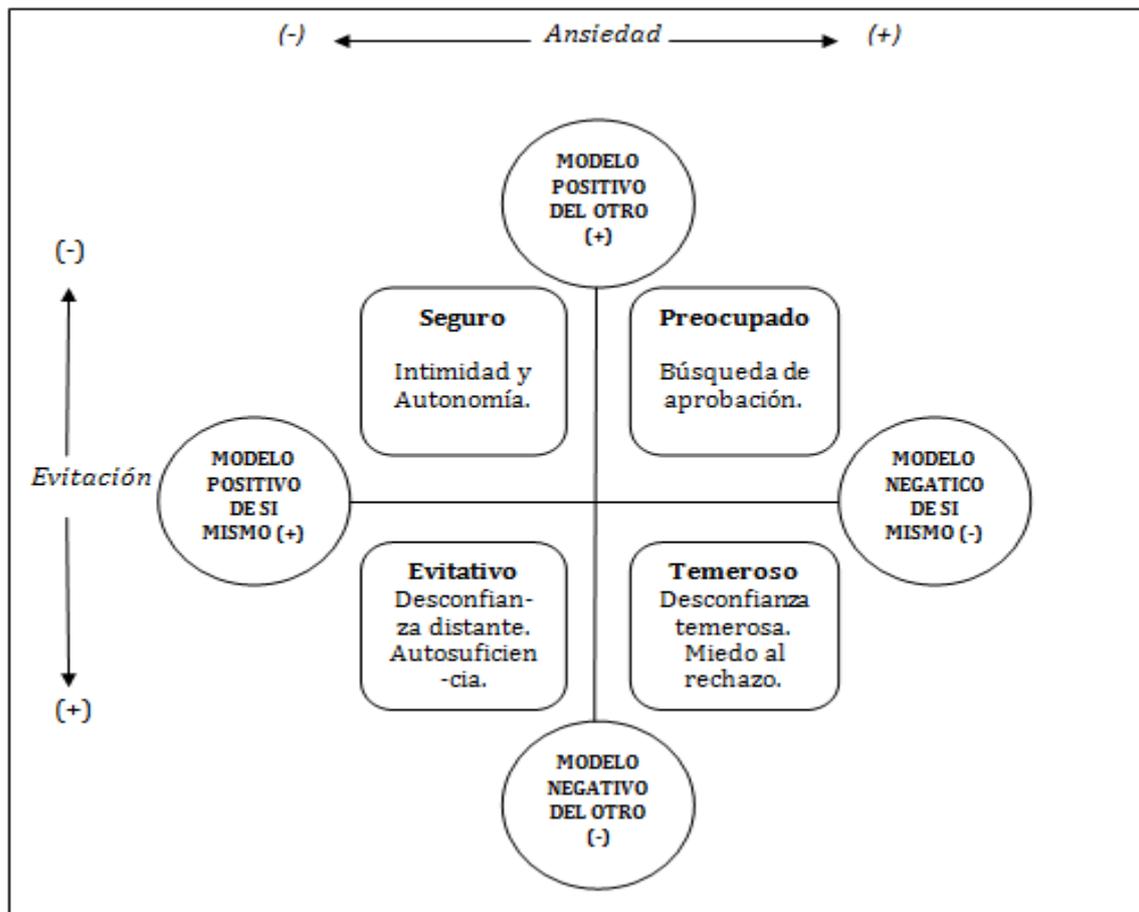
Estos modelos representacionales del apego son explorados por investigadores de la psicología social interesados en la investigación del apego adulto. Estos teóricos se centran en el estudio de las relaciones románticas y analizan cómo funciona el apego en la dinámica de la relación.

1.5.4. Bartholomew y Horowitz

Bartholomew revisó el modelo de las categorías de apego adulto formuladas por Hazan & Shaver, apego seguro, ansioso-ambivalente y evitativo (Hazan & Shaver, 1987), y planteó una interesante versión actualizada señalando la conveniencia de utilizar cuatro categorías en vez de tres para representar las diferencias individuales (Bartholomew & Horowitz, 1991) (Figura 1.1):

Figura 1.1.

Modelo de apego adulto según Bartholomew & Horowitz.



Nota. Tomado de "Attachment styles among young adults: A test of a four-category model" de Bartholomew & Horowitz, 1991, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, p. 226-244.

Esta autora consideró que el estilo de apego evitativo previamente descrito por Hazan & Shaver, en realidad estaba formado por dos formas diferentes de evitación (Bartholomew & Horowitz, 1991; Fraley & Shaver, 2000; Stein et al., 2002):

- *El evitativo*: evitan la cercanía porque temen la intimidad. De esta forma consiguen mantener un sentido defensivo de autosuficiencia.
- *El temeroso*: temen el rechazo y por ese motivo evitan a los demás. Tienden a mantener relaciones ansiosas y ambivalentes.

A partir de esta reconceptualización, Bartholomew sistematiza la concepción de los modelos representacionales de apego de Bowlby basándose en dos dimensiones básicas que se relacionan entre sí de manera ortogonal (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006):

- *El modelo positivo del sí mismo (MS)*: se expresa en términos de autoestima, de si se siente valorado y con un buen concepto de sí mismo. Indica la capacidad del individuo de regular el grado de dependencia hacia los demás.
- *El modelo positivo de los otros (MO)*: se expresa en términos de confianza, caracterizándose por las expectativas positivas sobre la disponibilidad de los demás. Indica que las personas pueden mostrarse confiadas o desconfiadas hacia los demás.

Por otro lado, MS y MO también pueden ser conceptualizadas en términos afectivos (Brennan & Shaver, 1995):

- *Dimensión ansiedad:* explica la predisposición individual hacia un estado de alerta o ansiedad ante posibles signos de rechazo o abandono de la figura de apego.
- *Dimensión evitación:* explica el malestar o la incomodidad ante la cercanía o dependencia emocional, o bien, la indiferencia ante situaciones que implican intimidad con otros (Fraley & Shaver, 2000; Obegi, Morrison, & Shaver, 2004).

Finalmente Bartholomew y Horowitz añadieron que ambas dimensiones (MS/Ansiedad y MO/evitación) pueden ser combinadas dando lugar a cuatro categorías o prototipos de apego (Bartholomew & Horowitz, 1991):

1. *Apego seguro* (MS y MO positivos, ansiedad y evitación bajas): los adultos con este tipo de apego se sienten satisfechos con sus relaciones. Tienen una visión positiva de sí mismos, de sus relaciones en general y de sus parejas en particular. Y se sienten cómodos tanto en la intimidad como en la independencia.

El apego seguro en la edad adulta se corresponde con el apego seguro en la niñez.

2. *Apego preocupado* (MS negativo y MO positivo, alta ansiedad y baja evitación): los adultos preocupados tienen tendencia a tener menos confianza y una visión menos positiva de sí mismos. Por lo que demandan más atención y aprobación de su pareja. También buscan más intimidad y

se muestran excesivamente dependientes de ella. En sus relaciones pueden manifestar niveles elevados de preocupación, impulsividad y alta expresividad emocional. También pueden experimentar una gran ansiedad que desaparece solo cuando están próximos a su figura de apego.

El estilo de apego preocupado en los adultos equivale al estilo de apego ambivalente en la niñez.

3. *Apego evitativo* (MS positivo y MO negativo, baja ansiedad y alta evitación): los adultos con este tipo de apego tienen una visión positiva de sí mismos, se sienten autosuficientes y desean un alto nivel de independencia. Esto les lleva a no tener la necesidad de relaciones cercanas, distanciándose de sus parejas, de quien por lo general tienen una visión negativa. Por otro lado, las personas con un apego evitativo tienen tendencia a reprimir sus sentimientos incluso tratan de rechazarlos evitando el apego por completo.
4. *Apego temeroso* (MS y MO negativos, ansiedad y evitación altas): los adultos temerosos tienen sentimientos contradictorios sobre las relaciones personales. Por un lado, desean tener relaciones emocionalmente próximas, pero por otro, tienen tendencia a sentirse incómodos con la cercanía emocional, por lo que buscan menos intimidad, suprimen sus sentimientos y les incomoda expresar afectos. A estos sentimientos encontrados se añade también que tienen una visión negativa e inconsistente sobre sí mismos y sus relaciones.

Estos dos últimos estilos de apego adulto, el evitativo y el temeroso, corresponden a un solo estilo de apego en niños, el apego inseguro evitativo.

1.6. Investigación en apego adulto

1.6.1. Introducción

En la literatura de apego existen diferentes aproximaciones a la medición del apego adulto. En las últimas décadas se han venido desarrollando fundamentalmente dos líneas paralelas de investigación del apego en la edad adulta. Cada una de ellas se diferencia dependiendo del constructo evaluado, el método de evaluación (entrevista, autoinforme), el dominio de investigación (familia, compañeros, relaciones románticas) y la clasificación utilizada (categorías, dimensiones, prototipos) (Bartholomew & Shaver, 1998; Cassidy & Shaver, 1999; Shaver, Belsky, & Brennan, 2000) (Tabla 1.2)

Tabla 1.2

Principales líneas de investigación del apego adulto.

	SISTEMA REPRESENTACIONAL	SISTEMA CONDUCTUAL
ORIGEN	<p><u>Psicología evolutiva:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mary Ainsworth et al (1978) • Mary Main et al. (1985, 1990) 	<p><u>Psicología social:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cindy Hazan y Phillip Shaver (1987) • Bartholomew y Horowitz (1991)
DOMINIO O FOCO DE ESTUDIO	<p>Estado mental con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación padres-hijo • Infancia temprana • Pérdidas o separaciones 	<p>Estado mental con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones de pareja • Relaciones interpersonales actuales
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Categorías 	<ul style="list-style-type: none"> • Categorías • Dimensiones
MÉTODO DE EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoinformes • Entrevistas
PRINCIPALES INSTRUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adult Attachment Interview (AAI)</i> (George, Kaplan y Main, 1985) • <i>Attachment Style Interview (ASI)</i> (Bifulco, Lillie, Ball y Moran, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adult Attachment Scale (AAS)</i> (Collins y Read, 1990) • <i>Relationship Scales Questionnaire (RSQ)</i> (Bartholomew y Horowitz, 1991) • <i>Peer Attachment Interview (PAIS)</i>(Bartholomew y Horowitz, 1991) • <i>Experiences in Close Relationships (ECR)</i>(Brennan et al., 1998) y <i>ECR-Revised (ECR-R)</i>(Fraley, Waller y Brennan, 2000)

Nota. Tomado de “Evaluación del apego en el adulto: Una revisión” de Martínez, C. y Santelinos, M.P., 2005, *Psyche*, 14, 181-191.

Como podemos ver en la tabla, la primera línea de investigación fue iniciada por psicólogos del desarrollo y seguida posteriormente por psicólogos clínicos.

Estos últimos, diseñaron entrevistas con el objetivo de estudiar en los adultos su "estado mental" o "sistema representacional" (Main et al., 1985). Mediante estas entrevistas se evalúan los recuerdos que un adulto tiene de sus relaciones con sus figuras de apego en la infancia. Por lo tanto, este modelo, el *modelo representacional*, utiliza principalmente entrevistas, siendo la *Adult Attachment Interview (AAI)* la más habitual y estudiada de ellas.

La segunda línea de investigación fue iniciada por psicólogos sociales. Estos investigadores se basaron en el *modelo conductual* y aplicaron las ideas de Bowlby y Ainsworth al estudio de las relaciones de pareja en adultos. Este modelo se interesa más por los afectos, conductas y cogniciones que se manifiestan en las relaciones de pareja y en otras relaciones interpersonales significativas del presente, que en los recuerdos, y utiliza cuestionarios e instrumentos de autoinforme para evaluar el apego adulto (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987).

1.6.2. Sistemas de clasificación

Sobre los diferentes tipos de enfoques o modelos de clasificación en el apego Griffin & Bartholomew (1994) han argumentado lo siguiente:

- *Categorías*: ubican a cada individuo en el grupo más apropiado.
- *Dimensiones*: buscan componentes comunes que engloben las categorías tradicionales y las dimensionen cuantitativamente.

- *Prototipos*: permiten definir tipos de personas y reconocer que no todos los miembros de un grupo lo representan de la misma forma.

➤ **Categorías y dimensiones**

En la actualidad podemos encontrar investigaciones que han realizado estudios sobre las diferencias existentes entre mediciones que utilizan categorías generales del apego y mediciones que categorizan los estilos de apego en torno a dimensiones comunes pero cuantitativamente diferentes (Stein et al., 2002).

En la siguiente tabla se recogen las principales ventajas y desventajas existentes entre el modelo categorial y dimensional (Tabla 1.3):

Tabla 1.3.

Ventajas y desventajas de los modelos categorial y dimensional.

	MODELO CATEGORIAL	MODELO DIMENSIONAL
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> -La comunicación científica es más económica: posibilita consenso internacional entre investigadores y clínicos. -Mayor facilidad de análisis estadísticos. -Permite capturar la verdadera naturaleza del fenómeno. -Facilita diagnóstico y toma de decisiones clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Previene la pérdida de información. -Mayor utilidad en la práctica clínica. -Modelo flexible: mayor flexibilidad en estudios correlacionales y de regresión múltiple. -Puntajes confiables y simples.

	MODELO CATEGORIAL	MODELO DIMENSIONAL
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> -Modelo rígido. -No capta de forma precisa la heterogeneidad. -Validez cuestionada. -Diferentes mediciones no evalúan igual a los mismos individuos. -Debilidad teórica. -Induce a relaciones causales. -Produce sesgos cognitivos y perceptuales hacia la estereotipización. -Poco útil en el ámbito clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor complejidad y menor pragmatismo. -Pérdida de propiedades emergentes que surgen de la combinación entre dimensiones. -Su naturaleza nomotética genera pérdidas de información ideográfica. -Mayor dificultad en la codificación por jueces expertos.

Nota. Adaptado de Griffin & Bartholomew, 1994; Bartholomew & Shaver, 1998.

Las categorías de apego nos ayudan a comprender y reflexionar sobre las diferencias individuales existentes en relación a las creencias y expectativas de uno mismo y en relación a los otros.

Diversos investigadores que utilizan medidas del estilo de apego, nos presentan diferentes enfoques para cuantificar estas diferencias individuales:

- La réplica de las *categorías originales de SST de Ainsworth (1978)*: Hazan & Shaver, 1987.
- *Cuatro modelos de categorías*, basados en permutaciones de modelos positivos y negativos de uno mismo y los otros: Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994.
- *Cinco modelos de categorías*: Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994.

Por otro lado, existe un consenso generalizado entre la gran mayoría de investigadores con respecto a que conceptualmente los estilos de apego están mejor representados dimensionalmente. Estos investigadores afirman que utilizar las dos dimensiones (ansiedad y evitación) es la mejor forma de explicar los patrones de apego adulto (Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994; Brennan, Clark, & Shaver, 1998a; Fraley & Waller, 1998; Mikulincer & Shaver, 2007).

Tras llevar a cabo varios estudios, a continuación podemos ver diferentes modelos dimensionales:

- *Modelo de dos dimensiones:*
 - Brennan, 1998: ansiedad y evitación. Realizaron un análisis factorial de 323 ítems tomados de todas las escalas existentes en ese momento. Estos resultados son apoyados por otros autores: (Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992; Allen, Kelley, Miyatake, Gurklis, & Van Kammen, 2001; Stein et al., 2002; Alonso-Arbiol, Balluerka, & Shaver, 2007; Mikulincer, & Shaver, 2007; Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver, & Gillath, 2008).
 - Sanford, 1997: ansiedad y cercanía. Utilizaron los ítems del *Adult Attachment Styles* (AAS) de Hazan & Shaver (1987) para llevar a cabo el análisis factorial.
- *Modelo de 3 dimensiones:*
 - Collins & Read, 1990: cercanía, dependencia y ansiedad. Utilizaron diferentes escalas de apego.
 - Becker, Billings, Eveleth, & Gilbert, 1997: seguro, preocupado y temeroso. También mediante el análisis factorial de diversas escalas.

- *Modelo de 4 dimensiones:*
 - Carver, 1997: evitación, seguridad, fusión ambivalente y preocupación ambivalente.

➤ **Prototipos**

A pesar de que como hemos dicho anteriormente, existe un consenso entre autores que argumentan que los estilos de apego están mejor representados por un enfoque bidimensional, otros como Griffin & Bartholomew, afirman que este enfoque no basta para describir la orientación del apego de un individuo.

Estos autores piensan que un modelo de prototipos ayudaría a explicar mejor las conductas interpersonales de un individuo, ya que este es evaluado de forma continua para saber cómo se ajusta a cada prototipo de apego (Griffin & Bartholomew, 1994).

Un individuo en un enfoque de prototipos, al pertenecer a una categoría concreta, sería definido en base a las características más representativas de esta, pero a su vez, ninguna de esas características sería suficiente para definirle (Pilkonis, 1988; Griffin & Bartholomew, 1994).

1.6.3. Métodos y principales instrumentos de evaluación

La evaluación del apego adulto se inicia aproximadamente en los años 80. Existen diferentes métodos e instrumentos para evaluar el apego en esta etapa de la vida. Unos se han desarrollado como herramientas para evaluar las relaciones parentales, entre amistades, compañeros o relaciones amorosas, y otras, analizan el estado mental y el comportamiento adulto basándose en las experiencias pasadas de la infancia.

Recientemente, Ravitz y su equipo han llevado a cabo una revisión sobre todos los cuestionarios y entrevistas más utilizados en los últimos 25 años (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). A continuación podemos ver una tabla con los principales instrumentos de evaluación del apego en adultos (Tabla 1.4):

Tabla 1.4

Principales instrumentos de evaluación de apego en adultos.

Escalas	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías (C) Dimensiones (D)	Referencias
ENTREVISTAS:				
- 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 específica	C	George & West (2001) Buchheim, George & West (2003)
-Attachment Style Interview (ASI)		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 & Shiller (2001)
-Secure Base Scoring System (SBSS)	8	Parejas	D	Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan & Waters (2002)
Escalas	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías (C) Dimensiones (D)	Referencias
AUTOINFORMES:				
-Adult attachment styles	1	Relaciones íntimas	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)
-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 relations 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 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)
-Parenting bonding instrument (PBI)	50	Padres	D	Parker, Tupling & Brown (1979) Parker, Roussos, Hadzi-Pavlovic, Mitchell, Wihelm & 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 & Horowith (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)
Escalas	Nº de ítems	Tipo de relación	Categorías (C) Dimensiones (D)	Referencias

Nota. Adaptado de “Adult attachment measures: A 25-year review” de Ravitz, P. et al., 2010, Journal of Psychosomatic Research, 69, p. 419-432.

Los instrumentos de evaluación del apego en la edad adulta más utilizados son los siguientes:

- *Instrumentos observacionales: el Attachment Q-Set (AQS) (Waters & Deane, 1985) y el Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) (Goldberg, Benoit, Blokland, & Madigan, 2003), basados los dos en el experimento de la Situación Extraña de Ainswort.*

- *Entrevistas: la Adult Attachment Interview (AAI)* (Main et al., 1985). Es la entrevista más utilizada y estudiada. En ella se analizan las características de las representaciones que tienen los adultos de sus experiencias en la infancia y de sus relaciones parentales.

Dentro de este apartado podríamos mencionar también dos *entrevistas semiestructuradas*: la *Family Attachment Interview (FAI)* y la *Peer Attachment Interview (PAI)*. Ambas fueron desarrolladas por Bartholomew & Horowitz, 1991.

- *Cuestionarios de autoinforme*: se han desarrollado instrumentos como el *Inventory of Peer Attachment (IPA)* (Armsden & Greenberg, 1987), el *Multi Item Measure of Adult Romantic Attachment (MIMARA)* (Brennan & Shaver, 1995), la *Psychosis Attachment Measure (PAM)* (Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006b) y el *Experiences in Close Relationships (ECR)* (Brennan et al., 1998a) o el *Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)* (Fraley & Shaver, 2000) entre otros.

➤ **Experiences in Close Relationships (ECR) y Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)**

El *Experiences in Close Relationships (ECR)* es un cuestionario autoinformado que evalúa el apego en una relación de pareja, siendo uno de los cuestionarios más utilizados en la actualidad sobre apego adulto romántico. Este

instrumento fue diseñado por Brennan, Clark y Shaver en 1998 (Brennan et al., 1998a).

Más tarde, en el año 2000, el ECR fue revisado por Fraley y su equipo dando como resultado a una de las mejores pruebas hasta la fecha en esta categoría, por su precisión y por su capacidad de superar limitaciones de cuestionarios anteriores en esta área, el *Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)* (Fraley & Shaver, 2000).

En nuestro país contamos con un estudio de validación del ECR, con una muestra de estudiantes universitarios y población general del País Vasco (Alonso-Arbiol et al., 2007).

Capítulo II. Psicosis

2.1. Introducción

No cabe duda de que el grupo de trastornos que más atención ha recibido en las dos últimas décadas ha sido el de la psicosis, concretamente la esquizofrenia.

La esquizofrenia es la manifestación más grave de la psicosis. Afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, alrededor de un 0,5-1% de la población mundial (OMS, octubre de 2019). La prevalencia media estimada es de cuatro personas por cada 1000 y se estima una tasa media de incidencia de 15.2/100.000 habitantes por año (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008).

La esquizofrenia y otras psicosis son consideradas por muchos una de las enfermedades más debilitantes e incapacitantes. Es una de las 10 principales causas de discapacidad entre los 10 y 24 años de edad (Gore et al., 2011), representando un problema sanitario de primer orden, uno de los trastornos más costosos de Europa (van Os & Kapur, 2009; Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, & Jönsson, 2012).

Generan múltiples problemáticas que inciden, no sólo en la calidad de vida de las personas afectadas, sino también en familiares y personas próximas que lo sufren en primera persona, produciendo un gran impacto en la vida de todo su entorno (McGrath et al., 2008).

Es importante destacar que los síntomas psicóticos, además de estar presentes en las esquizofrenias y trastornos de ideas delirantes, también pueden aparecer con relativa frecuencia en otras categorías diagnósticas no incluidas en el rango de diagnóstico tradicional de la psicosis. Por ejemplo, los podemos encontrar en los trastornos esquizoafectivos, trastornos afectivos (depresión, manía), cuadros de delirium, de forma secundaria al consumo de tóxicos, y como síntomas de enfermedades orgánicas.

2.2. Concepto de psicosis

El término psicosis es considerado en la actualidad como un síndrome, una compleja y heterogénea multiplicidad de síntomas que afectan a las principales funciones mentales superiores del individuo, en las que se produce una escisión. Concretamente, se produce una escisión de la atención, la percepción, el lenguaje, el ánimo, la cognición o la actividad motora (Fonseca-Pedrero, Paino, & Fraguas, 2013).

Por lo tanto, este concepto se usa en general, para hacer una descripción de aquellos estados mentales en los que se observan diversos deterioros: como la capacidad de introspección, la capacidad de dar respuesta a las demandas del día a día, y principalmente, la pérdida de contacto con la realidad.

2.3. Historia

Tradicionalmente se han utilizado dos modelos clínicos para reflejar la heterogeneidad sintomatológica de la esquizofrenia:

- El *modelo categorial*, también llamado *clínico*, es frecuentemente utilizado en el campo médico. Este modelo hace una diferenciación de subtipos y considera cada categoría nosológica como una entidad discreta separada del resto y mutuamente excluyente.

Las diferencias entre los extremos normal y patológico, son consideradas de forma cualitativa, sin tener en cuenta los puntos intermedios.

- El *modelo dimensional* define el fenotipo clínico en base a constelaciones cuantitativas de grupos de síntomas, es decir, la persona puede ser definida cuantitativamente en una o varias dimensiones.

En este caso las diferencias encontradas entre población sana y patológica, serían una cuestión de grado.

Kraepelin (1919) y Bleuler (1911) fueron los primeros autores en hacer intentos para diferenciar los síntomas psicóticos.

Más tarde, en 1980, Crow estableció dos dominios de síntomas de la esquizofrenia (Crow, 1980):

1. *Síntomas tipo I*: alucinaciones, delirios, habla y conducta desorganizada y catatonía.
2. *Síntomas tipo II*: aplanamiento afectivo, pobreza del habla, anhedonia y trastornos de la abolición.

Según Crow, todas las psicosis están situadas en una dimensión, por lo tanto propone una clasificación dicotómica de los trastornos esquizofrénicos que implica procesos patofisiológicos relativamente independientes.

Algunos autores, posteriormente, también defendieron la existencia de dos dimensiones fundamentales en la psicosis (Andreasen & Olsen, 1982) (Tabla 2.2):

1. *Dimensión positiva*: conjunto de fenómenos y comportamientos que se viven como no deseados. Estas experiencias suponen una pérdida de contacto con

la realidad, como las alucinaciones, los delirios u otras distorsiones (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009).

2. *Dimensión negativa:* empobrecimiento o ausencia de un amplio rango de funciones del individuo: aislamiento social, anhedonia, abolición, afecto aplanado y alogia (Blanchard & Cohen, 2006). Estos fenómenos o comportamientos son heredados y llevan a un curso crónico de la esquizofrenia.

Tabla 2.2

Síntomas negativos y positivos en la esquizofrenia según Andreasen, 1982.

SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
<p>Alucinaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditivas ▪ Voces comentando o conversando ▪ Visuales ▪ Olfativas-gustativas ▪ Somáticas-Táctiles <p>Ideas delirantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De persecución ▪ Celotípicas ▪ De culpa o pecado ▪ De grandeza ▪ Religiosas ▪ Somáticas ▪ De referencia ▪ De control ▪ Lectura de pensamiento ▪ Robo del pensamiento ▪ Eco, inserción, difusión del pensamiento <p>Conductas extravagantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración en conducta social y sexual ▪ Agresividad, agitación ▪ Conducta estereotipada, repetitiva ▪ Alteración en vestido y apariencia 	<p>Aplanamiento afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Invariabilidad de la expresión facial ▪ Disminución de movimientos espontáneos ▪ Escasez de gestos expresivos ▪ Contacto pobre con la mirada ▪ Ausencia de respuesta afectiva ▪ Afecto inapropiado ▪ Ausencia de inflexiones en el habla <p>Alogia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza del habla ▪ Pobreza del contenido del lenguaje ▪ Bloqueo ▪ Aumento de latencia de respuestas ▪ Valoración subjetiva de alogia <p>Abulia-apatía</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene personal insuficiente ▪ Anergia física ▪ Falta de persistencia en trabajo o escuela ▪ Queja subjetiva de abulia-apatía <p>Anhedonia-asociabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escasez de intereses o actividades ▪ Escaso interés sexual ▪ Pocas relaciones con amigos y compañeros ▪ Incapacidad de sentir intimidad

<p>Trastornos formales del pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descarrilamiento (asociaciones laxas) ▪ Tangencialidad ▪ Incoherencia (esquizoafasia) ▪ Ilogicidad ▪ Circunstancialidad ▪ Asociaciones fonéticas ▪ Presión del habla ▪ Distraibilidad 	<p>Alteración de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distraibilidad social ▪ Queja subjetiva de falta de atención
SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS

El primer grupo estaría caracterizado por las siguientes experiencias y creencias (American Psychiatric Association, 2014):

- *Alucinaciones:* percepción de estímulos sin que haya constancia o evidencia de estos. Pueden ser auditivas, visuales, táctiles y olfativas. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes.
- *Ideas delirantes:* creencias falsas que se sostienen a lo largo del tiempo con una gran convicción. Se mantienen incluso después de exponer hechos probados que las contradicen. Son consideradas por su entorno como poco probables, extrañas y falsas (Jasper, 1975). Algunas de estas ideas delirantes serían los delirios de grandeza o las creencias persecutorias. Los más comunes en psicosis son los delirios persecutorios y los delirios de referencia.
- *Conductas extravagantes:* comportamientos inusuales o extraños como agresividad, agitación, conducta estereotipada, repetitiva, alteración en la forma de vestir y en la apariencia o alteraciones en la conducta social y sexual.

- *Trastornos formales del pensamiento:* habla que se presenta de forma incoherente y desorganizada (descarrilamiento, circunstancialidad, tangencialidad/incoherencia o ensalada de palabras).

Dentro del grupo de los síntomas negativos estarían los siguientes (American Psychiatric Association, 2014):

- *Aplanamiento afectivo:* la expresión de las emociones aparecen restringidas en intensidad y frecuencia, pero a pesar de esto, cabe destacar, que no existe un déficit en la experiencia subjetiva de la emoción. El afecto, el contacto visual, los movimientos y el habla aparecen disminuidos y forzados. Las conversaciones son muy monótonas.
- *Alogia (pobreza del habla):* disminución de la fluidez, espontaneidad y contenido de la comunicación verbal.
- *Abulia-apatía:* falta de energía, falta de deseo y motivación para llevar a cabo tareas de la vida cotidiana, relaciones sociales y objetivos en la vida.
- *Anhedonia-asociabilidad:* disminución de la capacidad de experimentar placer. Puede ser física o social.
- *Alteración de la atención:* distraibilidad social y queja subjetiva de falta de atención.

Hoy en día, el hecho de diferenciar dos dimensiones dentro de la psicosis parece excesivamente simple. Así que con el objetivo de poder explicar mejor la sintomatología de estos trastornos, se han identificado diferentes modelos multidimensionales en los que se habla de diferentes dimensiones psicopatológicas

que configuran el síndrome psicótico y donde la interrelación que se establece entre ellas da lugar a distintas entidades nosológicas (Demjaha et al., 2009; Reininghaus, Priebe, & Bentall, 2013).

Estas serían las dimensiones actuales de la psicosis: *síntomas positivos*, *síntomas negativos*, *pensamiento desorganizado*, *síntomas afectivos* (depresión, manía, ansiedad), *síntomas motores/catatonía* (American Psychiatric Association, 2014) y por último *alteraciones cognitivas* de carácter generalizado (Dickinson, Ragland, Gold, & Gur, 2008) o sólo algunas funciones deterioradas (Kopald, Mirra, Egan, Weinberger, & Goldberg, 2012; Woodward, Duffy, & Karbasforoushan, 2013; Epstein & Kumra, 2014).

2.4. Diagnóstico de los trastornos psicóticos

Como acabamos de comentar, los síntomas psicóticos son muy diferentes entre sí. Pero además de esto, es importante resaltar por un lado, que no todas las personas afectadas por una esquizofrenia experimentan los mismos síntomas, existiendo una amplia variabilidad inter e intra individual. Y por otro lado, que estos pueden ir cambiando a lo largo del curso del trastorno (Heckers et al., 2013).

Por lo tanto, cuando hablamos de la psicopatología de la esquizofrenia y por extensión del espectro psicótico, nos encontramos frente a un fenómeno psicopatológico tan amplio como poco claro en relación a sus fronteras sintomatológicas. De hecho, nos encontramos con serias dificultades para describir de forma clara qué grupo de síntomas caracteriza el fenómeno psicótico de forma inequívoca.

En la actualidad existe un gran interés en el estudio del fenotipo psicótico y podemos afirmar que se encuentra en un muy buen momento dentro del ámbito científico (Fonseca-Pedrero et al., 2013).

En el año 2010, van Os y su equipo presentaron un modelo de fenotipo psicótico (van Os, Kenis, & Rutten, 2010). Estos afirmaron que dentro de este modelo, la psicosis agrupa cuatro dimensiones, las cuales se interrelacionan entre sí dando lugar a diferentes entidades nosológicas. Las dimensiones que mencionan serían las siguientes:

1. *Desregulación afectiva*: alteración de los afectos (síntomas de depresión, manía y ansiedad).
2. *Psicosis*: experiencias alucinatorias e ideación delirante.
3. *Negativa*: dificultad para experimentar placer a nivel físico y social, abolición y aplanamiento afectivo.
4. *Cognitiva*: déficit en el procesamiento de la información (alteraciones en la memoria, la atención y funciones ejecutivas).

Este modelo, por un lado, defiende que el fenotipo psicótico se distribuye a lo largo de un continuum psicopatológico de gravedad, y por otro, considera como prioritaria la interacción entre los aspectos genéticos y ambientales a la hora de dar una explicación al nivel de gravedad. El grado de solapamiento entre las dimensiones variaría en función del lugar en el que se sitúe la persona en el continuum.

Siguiendo esta línea, en el capítulo “trastornos psicóticos” del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), también plantean diferentes dimensiones cuya configuración e interrelación deriva en entidades nosológicas diferentes (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013):

- 1) *Dominios de psicopatología*: definen los trastornos psicóticos (alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado).
- 2) *Gradientes de los síntomas y signos*: definen la gravedad del trastorno en base al nivel, número y duración. Son utilizados para delimitar y diferenciar los trastornos psicóticos entre sí.
- 3) *Dimensiones de la psicosis*: hacen referencia a la estructura. Se corresponden con los cinco dominios comentados en el primer punto más la función cognitiva, la depresión y la manía.

A continuación, en la tabla 2.1, podemos observar los criterios necesarios para realizar el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 2.1

Diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-V y la CIE-10.

DSM-V	CIE 10
<p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) ó (3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Delirios</i> 2. <i>Alucinaciones.</i> 3. <i>Discurso desorganizado</i> (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. <i>Comportamiento muy desorganizado catatónico.</i> 5. <i>Síntomas negativos</i> (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). <p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo las relaciones interpersonales un cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o, cuando comienza la infancia o la adolescencia, fracasó en la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se puede manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (p.ej., vreencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p> <p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maniacos depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo residual de la enfermedad.</p> <p>E. El trastorno se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., hubo una</p>	<p>Se requiere la presencia de, como mínimo, un síntoma muy evidente o dos o más, si son menos evidentes, de cualquiera de los cuatro primeros síntomas mencionados anteriormente, o dos o más de los síntomas del cinco al ocho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eco, robo, inserción del pensamiento difusión del mismo. 2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante. 3. Voces alucinatorios que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorios que proceden de otra parte del cuerpo. 4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos). 5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o idea sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente. 6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos. 7. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor. 8. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución

<p>droga o medicamento) o a otra afección médica.</p> <p>F. Si existen antecedentes de trastornos del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos por esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).</p>	<p>de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o medicación neuroléptica.</p> <p>9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.</p>
DSM-V	CIE 10

Nota. Tomado del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Por otro lado, contamos con otro sistema de clasificación, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). En este caso, en la sección “esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes” estaría la esquizofrenia. Es una sección más amplia, en la que se incluye un listado de fenómenos psicopatológicos para poder realizar el diagnóstico (Tabla 2.1).

Este sistema de clasificación señala que los trastornos esquizofrénicos se caracterizarían por la presencia de distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones (embotamiento o falta de adecuación de las mismas). Suele conservarse la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, aunque pueden presentarse déficits cognoscitivos con el tiempo.

2.5. De la normalidad a la psicosis: la hipótesis de la psicosis como un continuum

2.5.1. Concepto y definición de fenotipo psicótico o esquizotipia

En relación a la teorización e investigación dimensional del fenotipo psicótico, la esquizotipia fue descrita en un primer lugar por Kraepelin (1913, 1919). Este autor lo describió como *rasgos “pseudo esquizofrénicos” previos a la enfermedad en pacientes y sus familiares.*

Pero el primero en proponer una perspectiva dimensional de los trastornos esquizofrénicos fue Bleuler (1911). Este introdujo el término de “esquizofrenia latente” para hacer referencia a un tipo de TP cuantitativamente más leve que la esquizofrenia, pero fenotípicamente parecido y más prevalente que la forma grave del trastorno. Posteriormente, denominó “esquizoidia” a esta estructura de personalidad.

Más tarde, sería Kretschmer (1925) quien denominó dichas características como “temperamento esquizoide” y proporcionó una explicación basada en una visión de continuum entre la conducta normal y la psicosis (distónico normal (intravertido)-esquizoidia-esquizofrenia).

A partir de todas estas aportaciones que acabamos de comentar, Rado describe una nueva entidad fenotípica, la “esquizotipia”. Este autor utiliza este

concepto como el acrónimo de fenotipo esquizofrénico para designar la psicosis de patrón familiar (Rado, 1953).

Este nuevo término introducido por Rado, contribuyó a que en 1962, Meehl redefiniese la esquizotipia como *una organización de la personalidad resultante de un déficit neurointegrativo llamado "esquizotaxia"* y que debido a factores genéticos, daba lugar a que el individuo tuviese una mayor tendencia a desarrollar esquizofrenia, dando como resultado el concepto de "vulnerabilidad a la psicosis".

Por otro lado, este autor, elaboró un modelo etiológico de la esquizofrenia. Con este modelo explicaba que la esquizotipia pertenece al dominio de la enfermedad y la esquizofrenia es la expresión más grave dentro de ese dominio (Meehl, 1962).

Esta explicación diferiría del modelo bidimensional de Kretschmer explicado anteriormente, y es precisamente esta divergencia la que refleja la existencia de dos enfoques explicativos tradicionales de la esquizotipia dentro del continuum psicótico (Claridge, 1997) (Figura 2.1):

- *Modelo "cuasi dimensional"* (influido por el trabajo de Meehl), que desde una visión psiquiátrica de continuidad, 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, es decir, entiende la

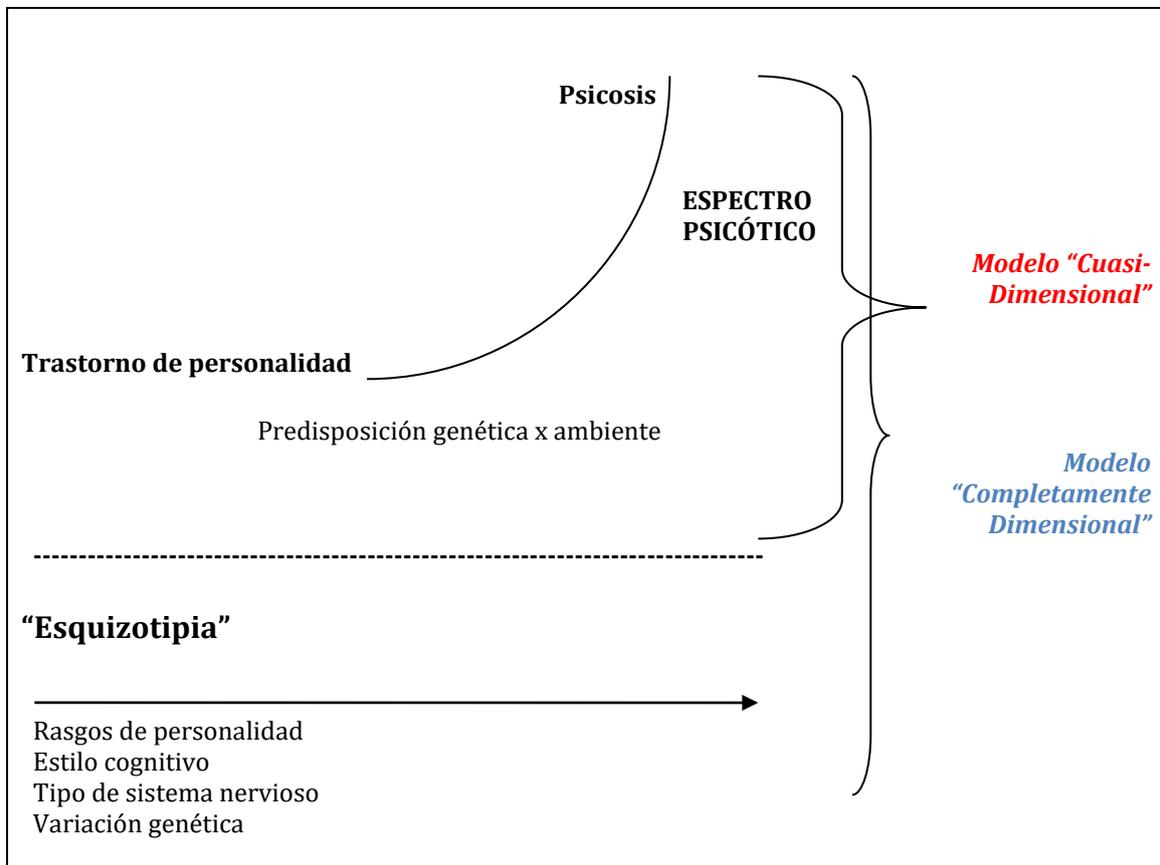
dimensionalidad como un continuo de expresión de gravedad dentro de la enfermedad.

- *Modelo "completamente dimensional"* (introducido por Eysenk y elaborado por Claridge): parte de una noción inicial de normalidad/salud donde sitúa los rasgos esquizotípicos y propone una continuidad entre este extremo no patológico y la enfermedad, que culminaría con la esquizofrenia. En este modelo está implícitamente incluida la noción cuasi-dimensional, pero además añade otra forma de continuidad a nivel de personalidad psicopatológica.

Este enfoque permite la posibilidad de detectar, prevenir e intervenir precozmente, gracias a los marcadores de vulnerabilidad característicos de este modelo, donde las anomalías psicopatológicas se presentan tanto en población normal como en esquizofrénicos (Claridge, 1997).

Figura 2.1

Hipótesis de continuum de la psicosis: modelo cuasidimensional y modelo completamente dimensional.



Nota. Tomado de "Schizotypy: Implications for illness and health" de Claridge, G., 1997, Oxford University Press.

En la actualidad, finalmente podríamos definir la *esquizotipia* como un conjunto de rasgos de personalidad normal entendidos como factores de riesgo o predictores del desarrollo de la enfermedad, que se encuentran distribuidos en la población general (Lemos, Inda, López, Paíno, & Besteiro, 1999).

Este concepto es abordado hoy en día desde diferentes enfoques, variando su interpretación y uso en función del modelo teórico y el contexto:

- *Perspectiva categorial del DSM-V:* como “trastorno esquizotípico de la personalidad”.
- *Genética de la esquizofrenia:* como expresión fenotípica.
- *Modelo del continuum:* como parte del espectro de la psicosis.
- *Contexto de las diferencias individuales:* como una dimensión más de la personalidad presente en la población general.

En la presente tesis asumiremos el modelo “totalmente dimensional” abordado desde el enfoque del “modelo de continuum”, que sugiere que las diferencias entre las manifestaciones propias de la esquizotipia y la esquizofrenia son cuantitativas.

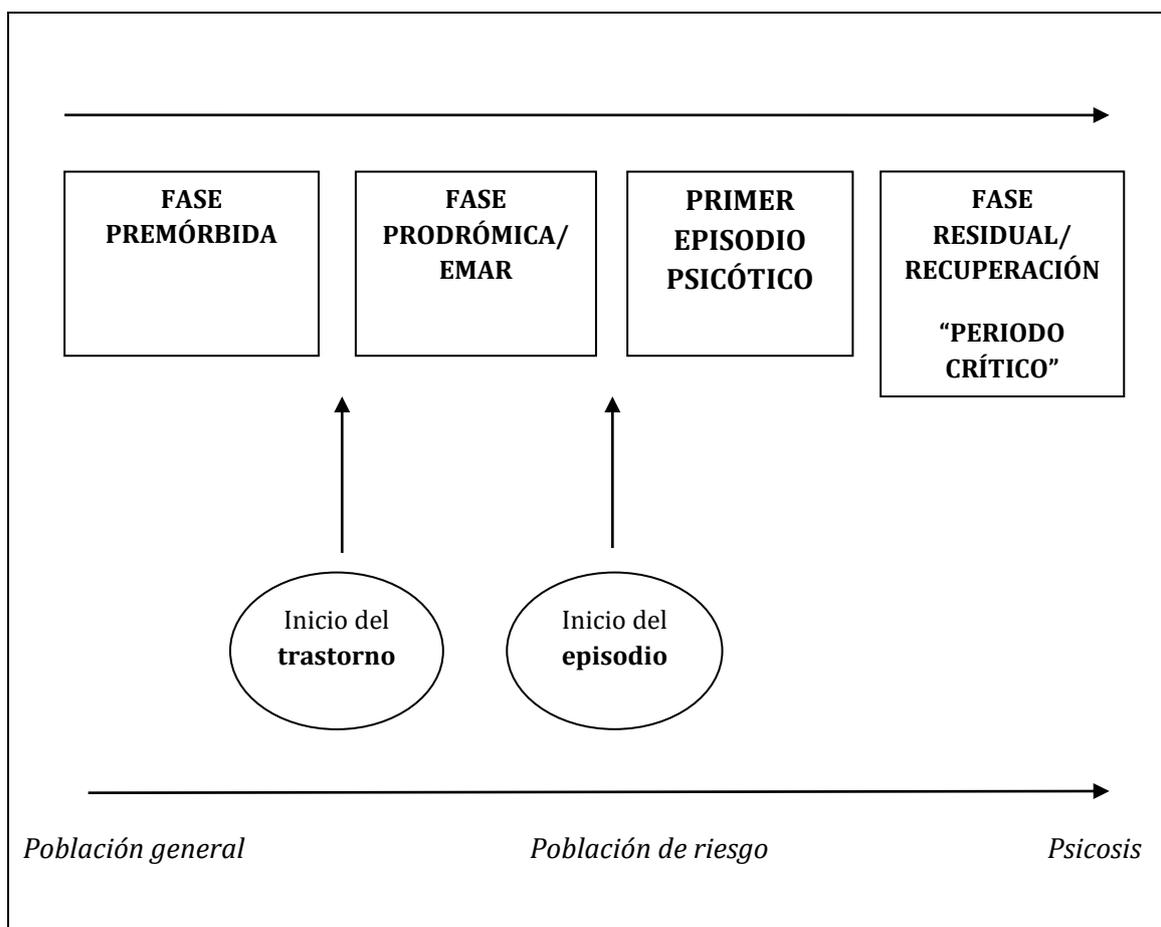
2.5.2. La hipótesis de continuum en la psicosis

La hipótesis del continuum en la psicosis afirma que existe un amplio espectro que abarca desde la “normalidad”, pasando por desviaciones subclínicas, hasta la psicosis, y plantea por otro lado, que tanto sujetos de la población general como pacientes con rasgos de esquizotipia o con síntomas psicóticos, comparten características cognitivas, emocionales y comportamentales (Linscott & van Os, 2010; Barrantes-Vidal, Grant, & Kwapil, 2015; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015). Además, defiende la idea de que la esquizotipia y la esquizofrenia son constructos multidimensionales que se caracterizan por una gran heterogeneidad sintomática (Kwapil, Barrantes-Vidal, & Silvia, 2007).

Este amplio espectro que caracteriza a esta hipótesis, se ve reflejado en las diferentes fases del continuum de gravedad del fenotipo psicótico, donde podemos ver con claridad la secuencia y la continuidad desde que comienzan los primeros cambios en el estado mental de la *fase premórbida*, pasando posteriormente por la *fase prodrómica* del trastorno psicótico, donde ya se observan los síntomas prepsicóticos (síntomas inespecíficos, atenuados), seguidos de los síntomas psicóticos que caracterizan al *episodio psicótico*, y terminando con la *fase residual o de recuperación* (Figura 2.2).

Figura 2.2.

Continuum de gravedad del fenotipo psicótico y fases del trastorno.



- *Fase premórbida.* Se caracteriza por una serie de cambios en el estado mental del individuo: funcionamiento cognitivo y social pobre, problemas emocionales, desajuste conductual y un peor funcionamiento académico. Estos cambios están presentes en la población general y son anteriores al inicio de las manifestaciones clínicas (Schenkel & Silverstein, 2004; Erazo, 2010).

Cabe destacar que no todas las personas que presentan dichos cambios terminan desarrollando un trastorno psicótico, pero estos son de gran importancia a la hora de valorar la vulnerabilidad a la psicosis (Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008).

- *Fase prodrómica.* Hace referencia a la presencia de una serie de síntomas prepsicóticos denominados *síntomas prodrómicos* (Allson R. Yung & McGorry, 1996) que poseen un alto poder predictivo para el desarrollo de la psicosis: cambios afectivos (depresión, ansiedad, desconfianza...), cognitivos (ideas extrañas), físicos y de la percepción (trastornos del sueño, de la percepción...) y cambios en la percepción de uno mismo, de los demás y del mundo.

Hoy en día se está empezando a utilizar el concepto de “*Estados Mentales de Alto Riesgo*” (EMARs) o “*At-Risk Mental States*” (ARMS) en vez de “pródromos”, denominación mucho más adecuada en el campo de la detección e intervención precoz (Yung et al., 2012). Los EMARs se consideran un “factor de riesgo” para el desarrollo de la psicosis, sobre todo si se combinan con otros factores de riesgo característicos del trastorno (antecedentes familiares, consumo de cannabis...). Pero estas

manifestaciones se caracterizan por no terminar desarrollando necesariamente un trastorno psicótico (Fonseca-Pedrero et al., 2013), por lo que se diferenciaría del concepto de pródromo, ya que este último está relacionado inevitablemente con el desarrollo de psicosis, considerándose una forma atenuada de esta (Vallina, 2003).

- *Episodio psicótico.* Definido como una grave alteración en el juicio de realidad asociado con la presencia de síntomas psicóticos (American Psychiatric Association, 2014; Organización Mundial de la Salud, 1992).

- *Fase residual o de recuperación.* A pesar de que el curso de la psicosis varía mucho de unas personas a otras (Andreasen et al., 2005; Haro, Novick, Suarez, Ochoa, & Roca, 2008; Modestin, Huber, Satirli, Malti, & Hell, 2003; Thara, 2004) existen una serie de síntomas habituales en esta fase de alta vulnerabilidad, como el aumento de riesgo de recaídas, de suicidio, de consumo de tóxicos o patología comórbida, entre otros (Jackson & McGorry, 2009).

Se ha utilizado también el concepto de “*periodo crítico*” para definir este período de tres a cinco años posterior al inicio del episodio psicótico (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998).

Para concluir, sólo señalar que dentro de este continuum el trastorno psicótico se inicia mucho antes que el primer episodio psicótico, y por otro lado,

destacar también, que el inicio de cada una de estas fases es difícil de establecer en la práctica clínica (Vázquez- Barquero y Artal, 2004).

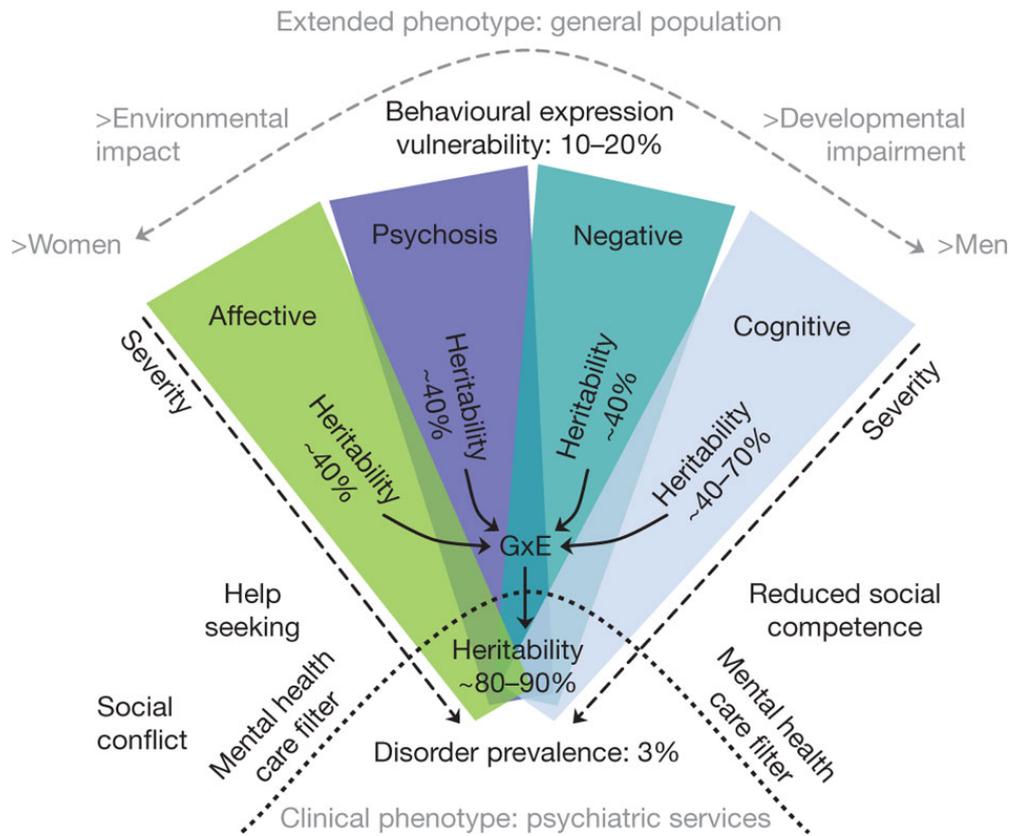
2.5.3. Investigación y medidas de evaluación del fenotipo psicótico

La investigación epidemiológica actual, llevada a cabo específicamente en población general, indica como hemos comentado anteriormente, que el fenotipo psicótico se manifiesta en un continuo que va desde la “normalidad”/salud a la psicosis manifiesta (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009; Linscott et al., 2013). De hecho, existen estudios que reflejan que un 8% de la población general experimenta este tipo de fenómenos. Esto indica dos cosas, en primer lugar, la confirmación de la continuidad fenotípica, y en segundo lugar, que el hecho de tener este tipo de experiencias no está inevitablemente asociado a padecer un trastorno (van Os et al., 2009).

A continuación presentamos la distribución del fenotipo psicótico y sus dimensiones intercorrelacionadas en población general y en muestras clínicas (Figura 2.3).

Figura 2.3

Fenotipo psicótico en población general y muestras clínicas.



Nota. Tomado de "The environment and schizophrenia" de van Os, J. et al., 2010, Nature. 468, p. 203-212.

Tal y como se puede observar en la figura, generalmente las diferentes dimensiones de síntomas se asocian o se solapan entre ellas. Por otro lado, cabe destacar que el grado de interrelación de estas dimensiones es dinámico, ya que dependiendo del estadio evolutivo en el que se encuentren dentro del continuum psicótico, se asocian con más o menos intensidad. Este solapamiento suele ser menor en la población general que en la clínica (Linscott & Van Os, 2010).

Factores ambientales tales como las experiencias vitales estresantes y/o traumáticas, también estarían interrelacionados con los factores genéticos y clínicos (van Os et al., 2010).

En las dos últimas décadas se han realizado un gran número de estudios. Concretamente, en el año 2009, Stip y su equipo llevaron a cabo una revisión de la literatura muy extensa que dió como resultado un artículo muy interesante. Esta revisión tiene como objetivo ver qué artículos estudian la presencia de características psicóticas en población no clínica, qué instrumentos específicos utilizan para evaluar esas experiencias, y por último, qué aspectos concretos de la psicopatología valoran (Stip & Letourneau, 2009b) (Tabla 2.3).

Tabla 2.3

Revisión de la literatura sobre artículos que estudian síntomas psicóticos en población general e instrumentos para su evaluación.

STUDY	SUBJECT TYPE	PSYCHOPATHOLOGY INVESTIGATED	SCALES
Schubert and McNeil	Schizophrenia offspring (166)	-Psychosis	-SCID
Verdoux et al.	Female under graduate (571)	-Psychosis -Cannabis use	-CAPE
van Os et al.	No psychiatric disorder (378)	-Psychosis-like symptoms	-GHQ-12 -PDI-21 -BPRS
Verdoux et al.	Undergraduate student (79)	-Psychosis	-MINI -PDI-21 -CAPE
Larøi et al.	Normal subjects (65)	-Hallucination	-Source monitoring task -Questionnaire on meta-cognitive beliefs -LSHS
Larøi et al.	Young and elderly (526)	-Hallucination -Delusion -Personality	-PDI-21 -NEO-PI-R
Scott et al.	General community (10.641)	-Delusion	-CIDI

Jacobs et al.	General population, twin pairs, female (289)	-Psychotic experience (positive and negative)	-CAPE
Niemi et al.	Offspring (179)	-Negative -Positive -Catatonic -Affective	-MSSS -SANS-items -SAPS-items
Murray et al.	Adult population (387)	-Latent construct psychosis	-OPCRIPT
Maric et al.	General population (7.075)	-Entire range of psychotic experience	-CIDI
Hanssen et al.	General population (7.075)	-Hallucination -Delusion	-CIDI -SCID -GHQ-12 items
Allen et al.	Healthy volunteers (57)	-Hallucination-like experience -Unusual beliefs	-Source-monitoring task -Speech appraisal task -LSHS -NART -PDI-21
Lataster et al.	General population, adolescents (1.290)	-Delusional ideation -Hallucinatory experiences	-DISC-C
Bust-Bouwman et al.	General population (21.000)	-Mental disorder	-CIDI -WHO DAS II
Konings et al.	General population (765)	-Positive -Negative -Depressive	-CAPE-42 -SIS-R -BPRS
Hanssen et al.	General population (257)	-Familial positive and negative domains of subclinical psychosis; -Depressive and disorganization	-BPRS -CAPE -SIS-R
Peters et al.	Krishnas and druits (26)	-Delusional ideation	-PDI -DSSI -EPQ
Krabbendam et al.	Population sample (3.929)	-Neuroticism -Self-esteem	-CIDI -GHQ -BPRS -RSES
Krabbendam et al.	General population (7.072)	-Positive symptoms (hallucination, delusion)	-CIDI

^a Positive family history of psychosis-ultra-high risk

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; **CAPE** = Community Assessment of Psychotic Experiences; **CIDI** = Composite International Diagnostic Interview; **DISC-C** = Diagnostic Interview Schedule for Children; **DSSI** = Delusions symptom-state inventory; **EPQ** = Eysenk Personality Questionnaire; **GHQ-12** = General Health Questionnaire-12 items; **LSHS** = Launay-Slade Hallucinations Scale; **MINI** = Mini International Neuropsychiatric Interview; **MSSS** = Major Symptoms of Schizophrenia Scale; **NEO-PI-R** = NEO Personality Inventory-Revised; **OPCRIPT** = operational criteria; **PDI-21** = Peters Delusional Inventory-21 items; **RSES** = Rosenberg Self-Esteem Scale; **SANS** = scale for assessment of negative symptoms; **SAPS** = scale for assessment of positive symptoms; **SCID** = Structural Clinical Interview for DSM; **SES** = socioeconomic status; **SIS-R** = Structured Interview for Schizotypy-Revised; **WHO DAS II** = World Health Organization Disability Assessment Scale.

Nota. Adaptado de "Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology" de Stip et al., 2009, Canadian Journal of Psychiatry, 54, p. 140-151.

Los resultados de todos estos artículos sugieren de nuevo, por un lado, que las experiencias delirantes y alucinatorias son más habituales en la población general de lo que creemos, y por otro, que podría haber un continuo sintomático entre aquellos que tienen un diagnóstico de psicosis y personas de la población general que no tienen ese diagnóstico.

2.6. Cognición social y psicosis

2.6.1. Concepto y definición de cognición social

A lo largo de los años, diversos autores han ido elaborando sus propias definiciones sobre la cognición social, y a día de hoy podemos decir, que no existe aún un acuerdo o consenso sobre su definición.

De todas formas, a pesar de la variedad de definiciones existentes, podríamos definir la cognición social en términos generales como un *conjunto de habilidades o procesos mentales necesarios para desenvolverse de forma efectiva en las interacciones sociales*.

Cabe destacar que un déficit o una alteración en la cognición social de un individuo, da lugar a una anomalía perceptiva y por este motivo interpreta la realidad con dificultad. Esto nos podría dar una explicación al origen de las dificultades interpersonales y del deterioro del funcionamiento psicosocial que se observa en la esquizofrenia.

2.6.2. Estudio de la cognición social en la esquizofrenia

En las últimas décadas la cognición social se ha presentado como un prometedor campo de estudio específicamente en el estudio de la esquizofrenia, despertando un gran interés entre los investigadores,

Por ejemplo Frith, ya en el año 1990, propuso un primer modelo explicativo sobre la cognición social y la esquizofrenia en el que defendía el importante papel de la cognición social como variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento psicosocial (Brekke, Kay, Lee, & Green, 2005; Brüne, 2005; Penn et al., 2005; Pinkham, Penn, Perkins, & Lieberman, 2003; Vauth, Rüschi, Wirtz, & Corrigan, 2004), lo que dio lugar al surgimiento de más investigaciones en esta línea.

Otro hecho fundamental para que la cognición social se convirtiese en un tema de gran relevancia en este campo, fue la clara identificación de una serie de deterioros de ámbito cognitivo, entre ellos la cognición social, en este grupo de pacientes (Ruiz-Ruiz, García-Ferrer, & Fuentes-Durá, 2006).

Por lo tanto, este concepto nos ofrece una posible explicación teórica del origen de la psicopatología en la psicosis y la esquizofrenia.

2.6.3. Áreas o componentes de la cognición social

La cognición social es un constructo multidimensional formado por diferentes componentes: el procesamiento emocional, la teoría de la mente, el estilo atribucional, y por último la percepción social y el conocimiento social.

- *Procesamiento emocional*: es la habilidad que tiene una persona para inferir información social a partir de expresiones faciales, inflexiones de la voz o alguna combinación de ellas.

El estudio del procesamiento emocional se ha basado principalmente en el estudio del reconocimiento y procesamiento de las emociones a través de diversas pruebas: *Modified dynamic emotion identification task* (DEIT; Kirsh & Mounts, 2007), *Degraded Facial Affect Recognition task* (DFAR; Van't Wout, Aleman, Kessels, Larøi, & Kahn, 2004), *Emotion recognition task* (ERT; Montagne, Kessels, De Haan, & Perrett, 2007); *Facial Expression recognition task* (FER; Benson, 1999) o el *Facial Emotion Discrimination Test* (FEDT; Kerr & Neale, 1993).

Todas estas pruebas consisten en presentar una serie de fotografías de rostros y el sujeto tiene que identificar la emoción correcta eligiendo entre diferentes opciones: la alegría, el miedo, la tristeza, el asco, la sorpresa o la vergüenza.

- *Teoría de la mente (ToM)*: capacidad de hacer inferencias sobre los estados mentales de otros: intenciones, disposiciones y creencias (Mazza, De Risio, Surian, Roncone, & Casacchia, 2001; Brüne, 2005; Schenkel, Spaulding, & Silverstein, 2005).

Algunas de las pruebas utilizadas para la evaluación de la ToM son: “*Sally and Anne*” (Baron-Cohen, 1989), el *Hinting task* (Corcoran, Mercer, & Frith, 1995) o el *Test de Metáfora y Sarcasmo* (Adachi et al., 2004).

Existen diferentes modelos explicativos de esta teoría. Los más conocidos son los siguientes: la Perspectiva modular (Fodor, 1983), la Teoría

«metarepresentacional» (Perner, 1991), el Modelo de Hardy-Baylé (1994) y la Teoría de la simulación (Gallese & Goldman, 1998).

- *Estilo atribucional: explicaciones o razones que uno da a las causas de los resultados negativos o positivos* (Heider 1958).

La investigación sobre el estilo atribucional suele centrarse en el estudio de los delirios. Unos se centran en la *dimensión de internalidad*, es decir, la tendencia a externalizar o internalizar la causa de eventos negativos (Sharp y Healy, 1996; Won y Lee, 1997; Sharp, Feary Healy, 1997) y otros en el *sesgo atribucional de “saltar a conclusiones” (JTC)*, la tendencia a tomar decisiones con poca o ninguna evidencia (Garety, 1991; Penn, Jonesy Munt, 2005).

Algunos cuestionarios que evalúan el estilo atribucional son: el *Attributional Style Questionnaire* (ASQ; Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982), el *Social Attributions Questionnaire* (SAQ; McArthur, 1972), el *Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ) o el *Pragmatic Inference Task* (PIT; Winters y Neale, 1985).

Con respecto a la evaluación del sesgo JTC una de las tareas más utilizadas para su estudio es la *Tarea de las cuentas o de las bolas (Beads task)* (Phillips y Edwards, 1966). Posteriormente, Moritz y Woodward (2007) crearon otra tarea llamada “*BADE*” (*Bias Against Disconfirmatory Evidence*).

- *Percepción social y conocimiento social*. El primer concepto se asociaría a la *capacidad para valorar reglas, roles y contextos sociales* y el segundo haría referencia a su entendimiento.

2.7. Continuum de la psicosis y cognición social

2.7.1. Introducción

Como hemos comentado en apartados anteriores, los síntomas psicóticos como las alucinaciones, los delirios o el pensamiento desorganizado, están presentes en una amplia gama de enfermedades psiquiátricas (Lahera, Freund, & Sáiz-Ruiz, 2012).

Por ejemplo, en el caso de los TLP, diferentes estudios afirman que las experiencias psicóticas en este grupo de pacientes y en individuos con esquizofrenia son muy similares. De hecho, alrededor del 20-50% de TLP experimentan síntomas psicóticos muy parecidos a los de los pacientes psicóticos (Barnow et al., 2010; Schroeder, Fisher, & Schäfer, 2013).

Por otro lado, en los últimos años, otros estudios recientes apoyan la idea de que estas experiencias psicóticas son más comunes en la población general de lo que se pensaba (Sommer et al., 2010; Stip & Letourneau, 2009a; van Os & Reininghaus, 2016a).

Por lo tanto, el estudio de grupos de pacientes como los TLP y los PEP e incluso grupos de población sin historia psiquiátrica, pueden resultar una nueva e interesante forma de comprender los procesos cognitivos asociados con la formación de experiencias psicóticas.

2.7.2. Alteraciones en la atribución de la saliencia

La "saliencia" se refiere a las *propiedades motivacionales características de un estímulo, encargadas de atraer la atención y poner en funcionamiento el comportamiento* (Berridge & Robinson, 1998). Y por otro lado, la "saliencia aberrante" sería *la asignación errónea de importancia a los estímulos neutros* (Cicero, Becker, Martin, Docherty, & Kerns, 2013).

Los modelos contemporáneos de psicosis sugieren que se produce un aumento desproporcionado de la neurotransmisión dopaminérgica mesolímbica durante la fase de psicosis pre-franca, que no corresponde a los mecanismos de aprendizaje normales (Winton-Brown, Fusar-Poli, Ungless, & Howes, 2014). Esta desregulación de la transmisión de dopamina, junto con alteraciones en el procesamiento de arriba hacia abajo de la percepción final (expectativas, conocimiento previo e imágenes mentales), provoca que los estímulos neutros o irrelevantes sean interpretados de forma incorrecta.

Por lo tanto, la tendencia a asignar un significado alterado o un valor emocional a un estímulo neutro o irrelevante (saliencia aberrante), lleva al individuo a desarrollar un esquema cognitivo que altera su capacidad de procesar de forma adecuada la experiencia y el ambiente que le rodea (Kapur, 2003; Reininghaus et al., 2016).

La evidencia sugiere que las alteraciones en la atribución de la saliencia pueden ser particularmente relevantes, desde el estudio de las experiencias de

psicosis subclínicas y atenuadas, a la expresión sostenida del trastorno psicótico (delirios y alucinaciones) (van Os & Reininghaus, 2016).

Con el fin de explorar la hipótesis de la saliencia aberrante en adultos con trastornos psicóticos, sus hermanos y la población en general, se desarrolló una herramienta para provocar ilusiones auditivas (speech illusions), el "White noise task" (WN), y fue introducida en un estudio diseñado por nuestro equipo (Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & van Os, 2011). El procesamiento de arriba hacia abajo se analizó mediante la detección de individuos que experimentaron ilusiones auditivas causadas por esta tarea y su asociación con variables de vulnerabilidad a la psicosis.

Esta prueba se ha utilizado posteriormente en diversos estudios (Catalan, Simons, Bustamante, Drukker, Madrazo, Gonzalez de Artaza, et al., 2014; Rimvall et al., 2016).

La posibilidad de considerar que las anomalías cognitivas, como la saliencia afectiva, encontradas en pacientes con patología psicótica también son detectadas en personas con rasgos de esquizotipia, ayudaría a establecer marcadores de vulnerabilidad que permitan la detección, prevención e intervención temprana en el desarrollo de trastornos psicóticos en general y la esquizofrenia en particular.

2.7.3. Tendencia a “saltar a conclusiones”

El sesgo de razonamiento socio-cognitivo denominado "saltar a conclusiones" o "jumping to conclusions" (JTC), es la *tendencia a sacar conclusiones escasamente fundamentadas y a tomar decisiones de forma precipitada, con poca evidencia de apoyo, basándose en la hiperrelevancia de coincidencias* (Speechley, Whitman, & Woodward, 2010). Es decir, es la *tendencia a buscar menos información para llegar a una conclusión* (Speechley, Whitman & Woodward, 2010).

La literatura reciente sugiere que las personas con delirios confían demasiado en sus decisiones incorrectas y que este sesgo está específicamente asociado con las creencias delirantes (Garety et al., 2013; Moritz, Bentall, Kolbeck & Roesch-Ely, 2018). La *tarea de las cuentas o de las bolas*, sería la prueba que se utiliza con frecuencia para evaluar el sesgo JTC con respecto a su papel predictivo en la formación de este tipo de creencias (Garety et al., 2013).

Con la idea de estudiar el sesgo de razonamiento JTC y los síntomas psicóticos desde un continuum, en el año 2015, Catalán y su equipo examinaron la tasa de JTC mediante la tarea de cuentas en 3 grupos de población: PEP, pacientes con TLP y controles. Y llegaron a la conclusión, de que la tendencia a JTC en parte podría reflejar un rasgo de vulnerabilidad para desarrollar trastornos con expresión de síntomas psicóticos (Catalan et al., 2015).

Hay evidencia científica anterior que afirma que la tendencia a experimentar JTC también está presente en los PEP (Broome et al., 2007; Dudley et al., 2011;

Sanford, Lecomte, Leclerc, Wykes, & Woodward, 2013; Langdon, Still, Connors, Ward, & Catts, 2014).

Con respecto a los TLP, cabe destacar que sus alucinaciones pueden ser similares a las de los pacientes con trastornos psicóticos, y de acuerdo con un estudio previo puede estar asociado con JTC (Moritz et al., 2011). Por lo tanto, los pacientes con TLP pueden representar también una población importante para la comprensión de los procesos cognitivos asociados con la formación de delirio.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo III. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis principal

Consideramos que aquellas personas con un *apego adulto inseguro* (dimensiones de ansiedad y evitación, y tipos de apego inseguro preocupado, rechazante y temeroso) mostrarán una mayor tendencia a percibir *ilusiones auditivas (speech illusion)* y experimentarán con mayor frecuencia el sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o “jumping to conclusions” (JTC).

Por otro lado, creemos que experimentarán un mayor número de *síntomas psicóticos* en general, y positivos, negativos y depresivos en particular.

Esta influencia del apego adulto inseguro sobre las alteraciones en la cognición social y las experiencias psicóticas, se observará en los dos grupos de pacientes de la muestra: tanto en los primeros episodios psicóticos (PEP) como en los trastornos límites de la personalidad (TLP).

3.1.2. Hipótesis secundaria

El *apego adulto inseguro* (dimensiones ansiedad y evitación; y tipos preocupado, rechazante y temeroso), las alteraciones de la cognición social (tendencia a percibir *speech illusion* y experimentar con mayor frecuencia el sesgo de razonamiento JTC) y las *experiencias psicóticas* (dimensión positiva, negativa, depresiva y total), serán más frecuentes en los dos grupos de pacientes, PEP y TLP, si los comparamos con los controles.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo principal

Examinar la posible asociación del *apego adulto* con:

- las alteraciones de la cognición social: *speech illusion* y *JTC*, y
- las *experiencias psicóticas*: dimensión positiva, negativa, depresiva y total, en la muestra total y en los diferentes grupos de población (PEP, TLP y controles).

3.2.2. Objetivo secundario

Comparar las diferencias existentes en los pacientes PEP y TLP, y en los controles, en relación a:

- el *apego adulto*: dimensiones ansiedad y evitación, y tipos de apego seguro, preocupado, rechazante y temeroso;
- las alteraciones en la cognición social: *speech illusion* y *JTC*; y
- las *experiencias psicóticas*: dimensión positiva, negativa, depresiva y total.

Capítulo IV. Métodos

4.1. Muestra

Con el fin de reclutar una muestra representativa para el estudio, se seleccionaron 293 sujetos, 70 pacientes con un primer episodio psicótico (PEP), 38 pacientes con trastorno de personalidad (TLP) y 185 controles, de entre 17 y 65 años. Todos ellos vivían en Bilbao y fueron reclutados desde julio de 2012 hasta abril de 2015.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes para los tres grupos: edad entre los 18 y 65 años de edad, dominio suficiente de la lengua española y un cociente de inteligencia $CI > 70$, según la Escala de Inteligencia de Adultos de Weschsler (WAIS-III). Para pacientes con PEP: tratamiento con medicación antipsicótica < 1 año y cumplieron los criterios DSM-IV-TR para el trastorno psicótico afectivo o no afectivo (esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve y trastorno psicótico no especificado). Para pacientes con TLP: cumplimiento de los criterios DSM-IV-TR para TLP en ausencia de comorbilidad de trastorno psicótico actual. Los controles eran similares en edad y sexo a los pacientes, y no tenían familiares de primer grado con un trastorno psicótico.

Los criterios de exclusión para los tres grupos fueron (a) diagnóstico comórbido actual o pasado de cualquier trastorno neurológico que pudiera prevenir el desempeño de tareas neuropsicológicas, (b) antecedentes de traumatismo craneoencefálico grave, (c) padecer condiciones médicas severas, (d) dependencia a tóxicos y (e) falta de voluntad para participar.

Se incluyeron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, condiciones de vida (si vivía solo, con los padres, con pareja o familia propia) y la situación laboral.

4.2. Procedimiento

El procedimiento de reclutamiento para este estudio fue el siguiente: la muestra de pacientes con diagnóstico de PEP fue captada en la unidad de hospitalización del Hospital Universitario Basurto (HUB), Bilbao; los pacientes TLP en el Hospital de día del HUB y en diferentes unidades de Hospital de día de la clínica de Avances médicos AMSA (Bilbao); y por último, el grupo de controles fue reclutado de la población general, en la misma zona de captación de los pacientes a través de anuncios públicos.

De acuerdo con el Comité de Ética de Investigación Clínica del HUB, a todos los participantes se les dio una explicación verbal y escrita detallada sobre el estudio y los procedimientos. Antes del inicio de la primera evaluación, se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los sujetos. La confidencialidad de los datos se mantuvo utilizando un número de identificación único para cada encuestado, que permitió su identificación sin la utilización de nombres u otros datos identificativos.

Los pacientes fueron examinados cuando el psiquiatra responsable consideró que estaban estables y eran capaces de entender el estudio y dar su consentimiento. Todas las entrevistas y evaluaciones se realizaron en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del HUB y en la Unidad de día de AMSA por psicólogos y psiquiatras que habían recibido una amplia formación en el uso de instrumentos específicos para el estudio.

4.3. Instrumentos de medida

4.3.1. Cociente intelectual (CI)

La versión corta de la *Escala de Inteligencia Adulta de Wechsler (WAIS-III)* (Blyler, Gold, Iannone, & Buchanan, 2000) fue administrada para evaluar las habilidades cognitivas generales. Esta versión incluye las siguientes pruebas: “Cubos” (solo ítems impares), “Clave de números”, “Aritmética” (ítems impares) e “Información” (ítems: 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 y 27).

4.3.2. Apego adulto

En 1998, Brennan y su equipo crearon el *Cuestionario de Experiencias en Relaciones de Pareja o Experiences in Close Relationships (ECR)* (K. A. Brennan, Clark, & Shaver, 1998b) y posteriormente en el 2000, se desarrolló una versión revisada, el *ECR-R* (Fraley, Waller, & Brennan, 2000). En este estudio utilizamos la versión en castellano del ECR-R, llamada *ECR-S* (Alonso-Arbiol et al., 2007).

Esta prueba es un autoinforme que mide el apego en adultos y consta de 36 ítems. Los participantes responden a cada uno en una escala tipo Likert, que oscila entre 1 (“*Totalmente en desacuerdo*”) y 7 (“*Totalmente de acuerdo*”).

El *ECR-S* evalúa dos dimensiones del apego en una relación de pareja o amistad cercana: la *dimensión de ansiedad*, que se refiere a la anticipación temerosa de rechazo o abandono (ejemplo: “Mi pareja me hace dudar de mi mismo/a”) y la *dimensión de evitación* que se define como los comportamientos orientados a prevenir la cercanía y las relaciones íntimas (ejemplo: “Prefiero no mostrar a mi pareja mis posibles sentimientos de debilidad o flaqueza”).

La mitad de los ítems corresponderían a la *dimensión de ansiedad* (ítems: 1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 28, 30, 32, 34, 35 y 36) y los 18 restantes a la *dimensión de evitación* (ítems: 2, 3, 5, 6, 11, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31 y 33). Las puntuaciones para cada dimensión de apego se obtienen a partir del promedio de los valores de los ítems correspondientes a cada una ellas. Los ítems 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 y 36 tienen que ser invertidos antes de calcular este promedio.

Los autores de la versión revisada (Fraley et al., 2000) recomiendan que se calcule la puntuación media obtenida en cada una de las dos subescalas. Este es precisamente el método que utilizamos para nuestro estudio, creando dos variables cuantitativas continuas llamadas *dimensión ansiedad* y *dimensión evitación*. Las puntuaciones altas en ambas dimensiones, indicaban un mayor nivel de apego inseguro ansioso y evitativo.

Además de la evaluación dimensional que acabamos de comentar, este cuestionario permite la distinción de 4 categorías de apego en el adulto (1 categoría de apego seguro y 3 de apego inseguro), que resultan de la combinación de ambas dimensiones: *seguro*, *preocupado*, *rechazante* y *temeroso*. Se creó una variable dicotómica (sí/no) para cada una de estas categorías, con el objetivo de indicar qué tipo o tipos de apego tenía cada sujeto. Establecimos estas categorías tomando como referencia la media y desviación del sumatorio de los ítems que formaban las subescalas ansiedad y evitación de toda la muestra:

- Apego *seguro* = ansiedad < 62.4 y evitación < 48.4.
- Apego *preocupado* = ansiedad > 62.4 y evitación < 48.4.
- Apego *rechazante* = ansiedad < 62.4 y evitación > 48.4.
- Apego *temeroso* = ansiedad > 62.4 y evitación > 48.4.

4.3.3. Cognición social

4.3.3.1. Tendencia a percibir ilusiones auditivas o speech illusion

En la *Tarea de ruido blanco* o *White Noise task* (Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & Van Os, 2011) los sujetos llevaban auriculares y se les presentaron 1 de los 3 siguientes tipos de estímulos: (1) solo ruido blanco, (2) ruido blanco + frase neutra claramente audible y (3) ruido blanco + frase neutra apenas audible, distorsionada. La mezcla de estímulos de ruido blanco con la frase audible se presentó con el fin de crear un mayor nivel de expectación. A los participantes se les presentaron 25 fragmentos de cada uno de estos estímulos en orden aleatorio (75 ítems en total) y se les pidió que respondiesen a cada uno de ellos presionando uno de los 5 botones siguientes: 1: “He oído algo positivo” (speech illusion positiva), 2: “He oído algo negativo” (speech illusion negativa), 3: “He oído algo neutro” (speech illusion neutra), 4: “No he oído nada” (no se reproduce ninguna frase, solo se escucha el ruido blanco), y 5: “He oído algo pero no estoy seguro” (cuando el sujeto ha escuchado una frase pero duda entre las opciones 1, 2 o 3). Esta última opción se incluyó con el fin de hacer las opciones 1, 2 y 3 más conservadoras.

Se creó una variable dicotómica (sí/no) llamada speech illusion, que reflejaba las ilusiones auditivas percibidas en el ruido blanco. Es decir, cuando el sujeto oía al menos dos veces algo positivo, negativo o neutro en los tipos de estímulo “sólo ruido blanco”, se consideraba como resultado positivo (Catalan, Simons, Bustamante, Drukker, Madrazo, de Artaza, et al., 2014; Rimvall et al., 2016).

Las grabaciones se entregaron utilizando el software de estimulación E-prime 1.1 (Psychology Software Tools, Pittsburgh, Pensilvania).

4.3.3.2. Tendencia a experimentar el sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o “jumping to conclusions” (JTC)

La *prueba de las jarras, tarea de las cuentas* o *Beads task* (Phillips & Edwards, 1966) se utilizó para establecer la tasa de respuestas “saltar a conclusiones” o JTC. A los participantes se les mostraron dos frascos con bolas de colores en el interior, en proporciones iguales pero opuestas. Un frasco A con 60 azules y 40 rojas, y un frasco B con 60 rojas y 40 azules. A los participantes se les dijo que el ordenador elegiría uno de los frascos y comenzaría a sacar bolas del interior. El ordenador les daba la posibilidad de ver tantas bolas como necesitasen antes de tomar la decisión y poder decir de qué frasco creían que estaba sacando las bolas. Esta prueba evalúa el número de bolas que el paciente necesita para dar una respuesta.

El número de bolas requeridas por un sujeto produjo una variable de resultado continua que iba dentro de un rango de 0 a 20. A fin de examinar el efecto de JTC, se construyó una variable dicotómica (sí/no) que indicaba si los sujetos presentaban un sesgo de razonamiento de JTC, definido como “la necesidad de ver sólo una bola antes de tomar la decisión”, basándonos en artículos que habían utilizado la prueba anteriormente (Van Dael et al., 2006).

Esta prueba se programó utilizando el software E-Prime 1.1 (Psychology Software Tools, Pittsburgh, Pensilvania).

4.3.4. Experiencias psicóticas

El *cuestionario de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas* o *The Community Assessment of Psychic Experience (CAPE)* (Konings, Bak, Hanssen, Van Os, & Krabbendam, 2006; Ros-Morente, Vilagra-Ruiz, Rodriguez-Hansen, Wigman, &

Barrantes-Vidal, 2011) es un autoinforme que consta de 42 ítems. EL CAPE mide los *síntomas psicóticos positivos* (20 ítems), *negativos* (14 ítems) y *depresivos* (8 ítems) asociados con el fenotipo de psicosis subclínica, a través de una *escala de frecuencia* de experiencias psicóticas (1=nunca a 4=casi siempre) y una *escala de angustia*, que evalúa su grado asociado con dichas experiencias (1=sin angustia a 4=muy angustiada). La escala se utilizó en los tres grupos: PEP, TLP y controles.

Para los análisis actuales, la puntuación de la CAPE positiva, negativa y depresiva fue la media de la escala de frecuencia de síntomas positivos, negativos y depresivos, respectivamente. También se creó una variable a la que llamamos *CAPE total* (sumatorio de las medias de las tres escalas de frecuencia de CAPE), para conocer la puntuación media total de las experiencias psicóticas. Las puntuaciones altas en las medias de cualquiera de estas variables, era indicativo de una mayor frecuencia de estas experiencias.

4.4. Análisis estadísticos

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para el análisis descriptivo de las variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas. Se compararon las diferentes características sociodemográficas y clínicas entre los tres grupos (PEP vs. TLP vs. Controles). Para la comparación de las variables cualitativas se utilizaron la prueba chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, y para la comparación de las cuantitativas se utilizó el análisis de la varianza o el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Para las comparaciones múltiples se utilizó el método de Bonferroni.

Además se estudió la influencia de apego adulto (ECR-S) sobre las alteraciones cognitivas: speech illusion (White Noise task) y JTC (Beads task); y las experiencias psicóticas (CAPE). Para estudiar la influencia de apego sobre speech illusion o JTC, se utilizó el modelo de regresión logística, presentando los datos mediante el odds-ratio (OR) junto con los intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Por otro lado, para estudiar la influencia sobre experiencias psicóticas, se utilizó el modelo lineal general, presentando los datos mediante el coeficiente β junto con los IC 95%.

Y finalmente, se estudió si la influencia de apego adulto sobre las alteraciones de cognición social y las experiencias psicóticas, era diferente dependiendo del grupo (PEP vs. TLP vs. Control). En cualquier caso, se consideró como variable dependiente el apego, y como variables independientes el grupo, además de otras variables de ajuste tales como, la edad, el sexo y el CI.

Para todos los análisis se consideró un resultado estadísticamente significativo para $p < 0,05$. Los análisis se realizaron mediante el programa SAS para Windows, versión 9.2 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) y el STATA versión 13 (StataCorp, 2013).

Capítulo V. Resultados

5.1. Análisis descriptivo de la muestra

Nuestra muestra se componía de un total de 293 sujetos, formada por dos grupos de pacientes: PEP (N=70) y TLP (N=38), y uno de controles (N=185).

El 61.43% de los pacientes PEP eran varones y el 38.57% mujeres, y más de la mitad de ellos estaban solteros (58.57%). La edad media de este grupo fue de 35.89 años (DE=12.37). El 84.29% vivía con sus padres o con su propia familia (esposo/a e hijos), y el 48.58% estaba desempleado o retirado/jubilado.

El grupo de TLP estaba formado por un 31.58% de hombres y un 68.42% de mujeres, y el 57.89% eran solteros. La edad media de los TLP fue de 36.55 años (DE=10.27) y un 21.05% vivía solo. El 68.42% de estos pacientes no tenía empleo.

En cuanto a los controles, el 55.14% eran varones y el 44.86% mujeres, y más de la mitad de ellos estaban solteros (58.38%). La edad media de los controles era de 31.81 años (DE=11.56). Un alto porcentaje, el 92.97% de los controles, residía con sus padres o con su propia familia (esposo/a e hijos). Y el 77.60% tenía una ocupación: un trabajo (53.01%) o estudios (24.59%).

En la variable neurocognitiva *CI total*, obtenida a través del WAIS-III, los grupos obtuvieron los siguientes promedios: los controles 109.01 (DE=14.93), el grupo de PEP 93.11 (DE=15.78) y por último los TLP 92.31 (DE=14.51). A la hora de comparar los resultados de esta variable entre los tres grupos de población, la puntuación del CI en los controles resultó ser significativamente mayor en comparación con la de los PEP y los TLP.

En la siguiente tabla podemos ver los resultados de los análisis descriptivos de las *variables sociodemográficas* y del *CI* con mayor detalle (Tabla 5.1):

Tabla 5.1.

Variables sociodemográficas y CI

	PEP^a N=70	TLP^b N=38	Controles^c N=185	p-valor
Edad , media (DE)	35.89 (12.37)	36.55 (10.27)	31.81 (11.56)	0.0094
Sexo , n (%)				
-Hombre	43 (61.43%)	12 (31.58%)	102 (55.14%)	0.0095
-Mujer	27 (38.57%)	26 (68.42%)	83 (44.86%)	
Estado civil , n (%)				
-Soltero	41 (58.57%)	22 (57.89%)	108 (58.38%)	0.0013
-Casado/pareja estable	20 (28.57%)	10 (26.32%)	73 (39.46%)	
-Divorciado/separado	7 (10.00%)	6 (15.79%)	4 (2.16%)	
-Viudo	2 (2.86%)	0 (0%)	0 (0%)	
Residencia , n (%)				
-Con familia de origen	38 (54.29%)	17 (44.74%)	89 (48.11%)	0.0229
-Con su propia familia	21 (30%)	13 (34.21%)	83 (44.86%)	
-Solo	11 (15.71%)	8 (21.05%)	13 (7.03%)	
Situación laboral , n (%)				
-Desempleado	31 (44.29%)	26 (68.42%)	36 (19.67%)	<0.0001
-A tiempo completo	32 (45.71%)	5 (13.16%)	97 (53.01%)	
-Estudiante	4 (5.71%)	1 (2.63%)	45 (24.59%)	
-Retirado/jubilado	3 (4.29%)	0 (0%)	2 (1.09%)	
-Otros	0 (0%)	6 (15.79%)	3 (1.64%)	
CI total , media (DE)	93.11 (15.79) ^c	92.32 (14.51) ^c	109.01 (14.93) ^{ab}	<0.0001

DE, Desviación Estándar; n (%), frecuencia (porcentaje).

5.2. Análisis de las variables clínicas

5.2.1. Análisis del apego adulto

Los TLP fueron el grupo de la muestra que obtuvo las puntuaciones más altas en las *dimensiones* de apego inseguro *ansiedad* y *evitación*, seguidos de los PEP. Las puntuaciones de este grupo en la escala *ansiedad* fueron estadísticamente

significativas en comparación con las de los pacientes PEP, y con las puntuaciones del grupo control en ambas dimensiones (*ansiedad y evitación*).

Con respecto a los PEP, las diferencias en las puntuaciones de las escalas *dimensionales de ansiedad y evitación*, resultaron estadísticamente significativas con respecto al grupo control (ver Tabla 5.2).

Tabla 5.2

Variables dimensionales de apego adulto.

	PEP^a N=70	TLP^b N=38	Controles^c N=185	p-valor
APEGO ADULTO				
Dimensión ansiedad media (DE)	65.94 (19.76) ^{bc}	79.5 (21.48) ^{ac}	57.55 (15.69) ^{ab}	<0.0001
Dimensión evitación media (DE)	54.91 (17.36) ^c	57.36 (21.29) ^c	44.50 (15.68) ^{ab}	<0.0001

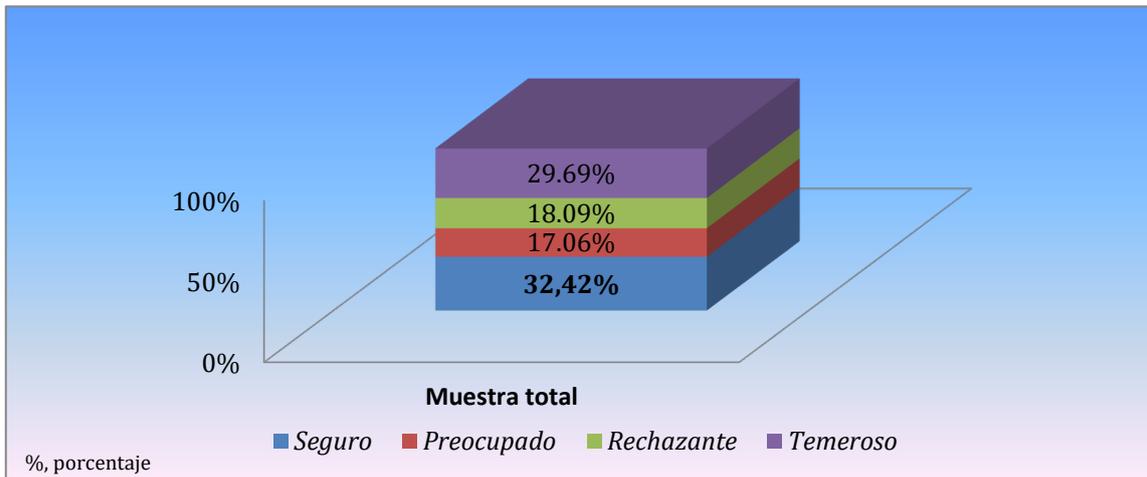
DE, Desviación Estándar.

^{abc} Los superíndices indican entre qué grupos se encuentran las diferencias estadísticamente significativas a través de las comparaciones múltiples de Bonferroni. Es decir, letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0,05$).

En relación a las *categorías o tipos de apego* adulto en la muestra total, el apego seguro fue el más frecuente (32.42%) seguido del temeroso (29.69%), luego del rechazante (18.09%) y por último el preocupado (17.06%), (ver Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1

Frecuencia de las categorías de apego adulto en la muestra total.

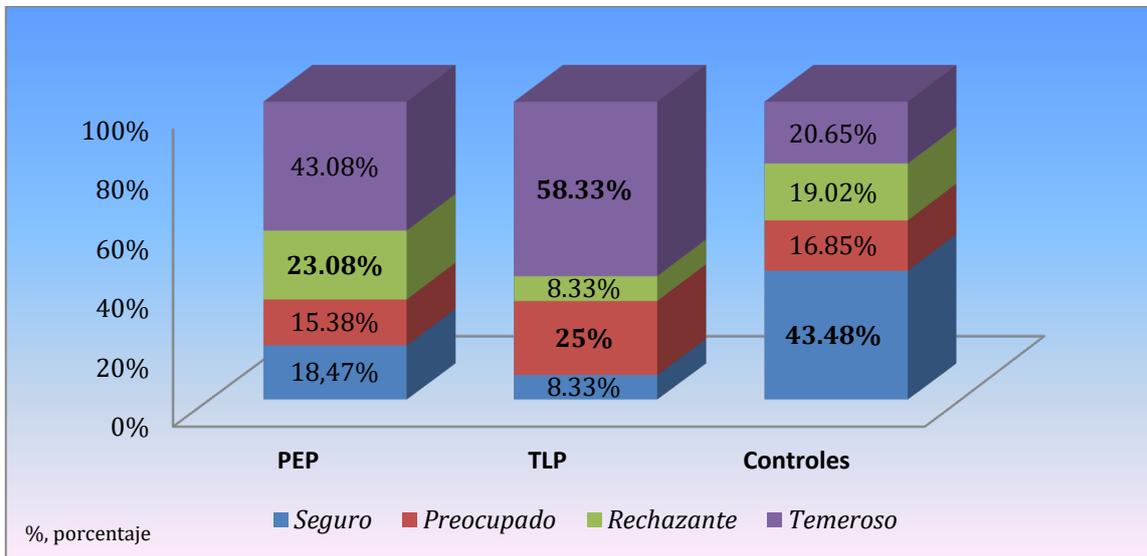


Por grupos, el apego *seguro* fue más frecuente en el grupo control (43.48%), seguido de los PEP (18.47%) y los TLP (8.33%).

En el caso de los tipos de apego inseguro encontramos un mayor porcentaje del estilo de apego *preocupado* en los pacientes TLP (25%), del *rechazante* en los PEP (23.08%), y del *temeroso* en el grupo TLP (58.33%) seguidos de los PEP (43.08%) (ver Gráfico 5.2).

Gráfico 5.2

Frecuencia de las categorías de apego adulto por grupo.



En este caso, obtuvimos los siguientes resultados al comparar los tipos de apego adulto en los tres grupos que formaban la muestra:

- las puntuaciones de los controles con apego *seguro* fueron estadísticamente significativas en comparación con las de los pacientes PEP y TLP ($p < 0,0001$), y
- las de los grupos TLP y PEP con apego *temeroso*, resultaron estadísticamente significativas si se comparaban con las obtenidas en el grupo control ($p < 0,0001$).

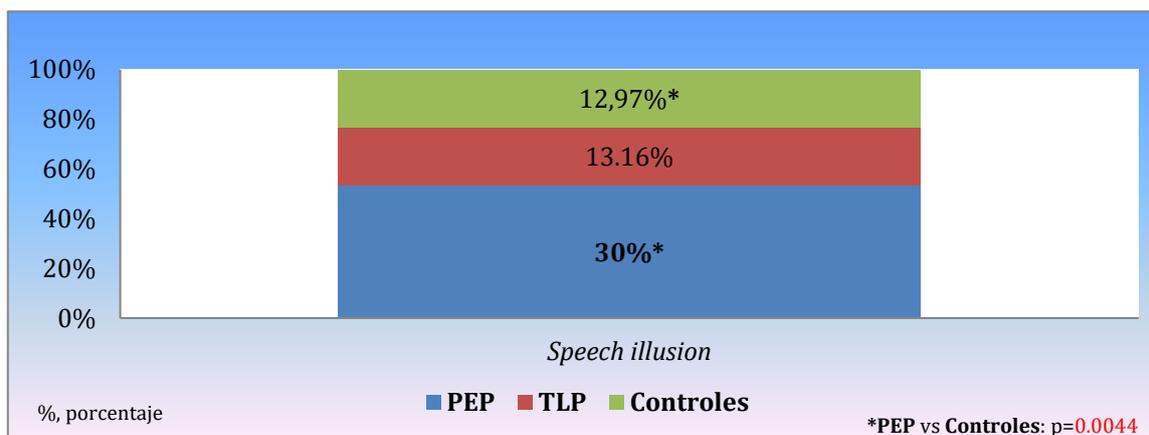
5.2.2. Análisis de la cognición social

5.2.2.1. Speech illusion

Se observó una mayor frecuencia a la hora de experimentar *speech illusion* en el grupo de PEP (30%), seguido de los TLP (13.16%) y los controles (12.97%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo de pacientes PEP ($p=0.0044$) (Gráfico 5.3).

Gráfico 5.3

Frecuencia de las speech illusion.

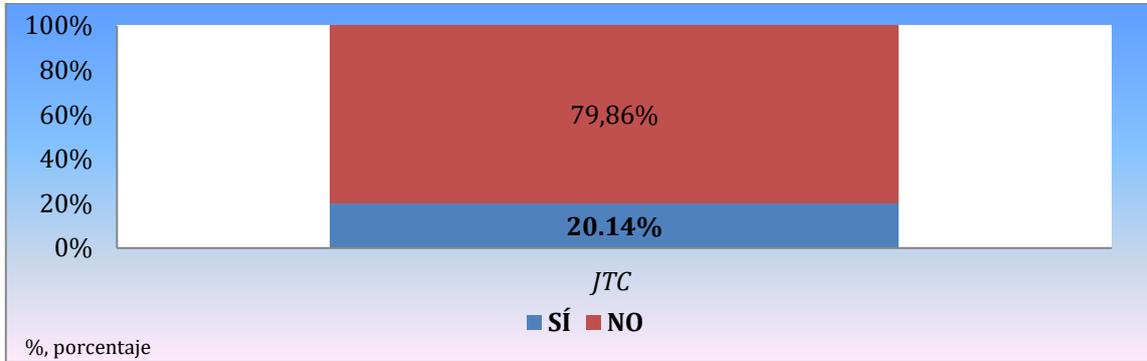


5.2.2.2. JTC

Con respecto a la tendencia a experimentar el sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o *JTC*, un 20.14% de la muestra total mostró esa tendencia (Gráfico 5.4).

Gráfico 5.4

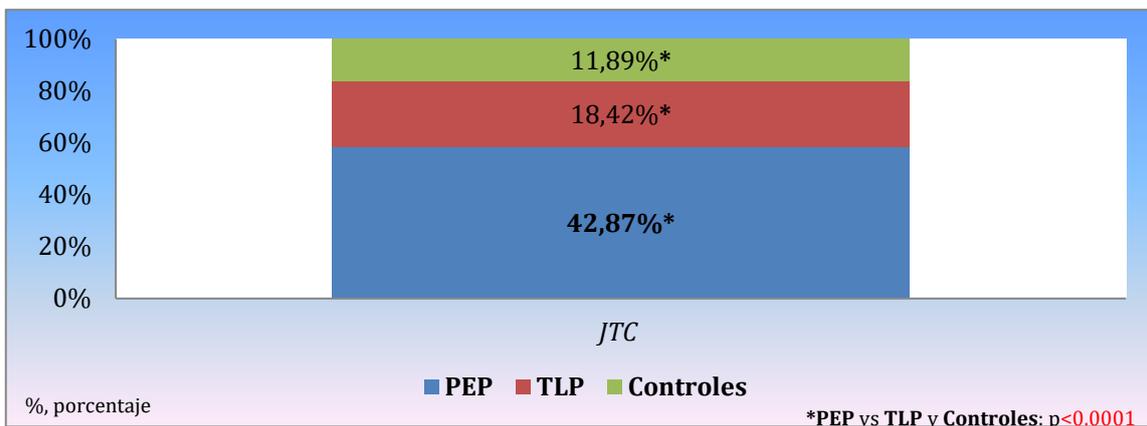
Frecuencia de JTC en la muestra total.



Por otro lado, los pacientes PEP mostraban un mayor porcentaje que el resto de grupos de la muestra (PEP: 42.86%, TLP: 18.42% y Controles: 11.89%). Las diferencias entre los PEP y el resto de grupos (TLP y controles) resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$), (gráfico 5.5).

Gráfico 5.5

Frecuencia de JTC por grupo.



5.2.3. Análisis de las experiencias psicóticas

En cuanto a las experiencias psicóticas medidas mediante la escala CAPE, la media de los *síntomas positivos, negativos, depresivos y totales*, fue siempre más baja en el grupo control y más alta en los TLP, seguidos de los PEP.

Las diferencias entre el grupo de pacientes TLP y PEP que habían experimentado experiencias psicóticas (*positivas, negativas, depresivas y total*) y los controles, fueron estadísticamente significativas. Y por otro lado, los pacientes TLP obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas más altas en las escalas de experiencias psicóticas *negativas, depresivas y total*, que las obtenidas por los PEP (tabla 5.3).

Tabla 5.3

Variables experiencias psicóticas.

	PEP ^a N=70	TLP ^b N=38	Controles ^c N=185	p-valor
EXPERIENCIAS PSICÓTICAS				
Síntomas positivos media (DE)	0.51 (0.34) ^c	0.55 (0.38) ^c	0.22 (0.14) ^{ab}	<0.0001
Síntomas negativos media (DE)	0.75 (0.39) ^{bc}	1.05 (0.57) ^{ac}	0.50 (0.30) ^{ab}	<0.0001
Síntomas depresivos media (DE)	0.7 (0.40) ^{bc}	1.53 (0.73) ^{ac}	0.61 (0.32) ^{ab}	<0.0001
CAPE total media (DE)	8.9 (4.48) ^{bc}	12.6 (6.1) ^{ac}	5.4 (2.53) ^{ab}	<0.0001

DE, Desviación Estándar.

^{abc} Los superíndices indican entre qué grupos se encuentran las diferencias estadísticamente significativas a través de las comparaciones múltiples de Bonferroni. Es decir, letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p<0,05).

➤ RELACIÓN ENTRE EL APEGO ADULTO Y LA COGNICIÓN SOCIAL EN LA MUESTRA TOTAL

No se encontró ninguna asociación entre el apego adulto y la experimentación de “*speech illusion*”.

En cambio, en cuanto a la asociación con el sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o *JTC*, observamos lo siguiente (tabla 5.4):

- a mayor puntuación en la *dimensión evitación*, mayor probabilidad de sufrir el fenómeno *JTC* (OR=1.03, p=0.0006),
- aquellas personas con un apego *seguro* presentaban una menor tendencia a experimentar *JTC* (OR=0.39, p=0.0087), y
- los que tenían un apego *rechazante* tenían una mayor probabilidad de *JTC* (OR=2.14, p=0.0256).

Tabla 5.4

Relación entre el apego adulto y la cognición social. Análisis sin ajustar.

APEGO ADULTO	COGNICIÓN SOCIAL			
	Speech illusion		JTC	
	OR (IC ^{95%})	p-valor	OR (IC ^{95%})	p-valor
Dimensión ansiedad	1 (0.99 – 1.02)	0.9003	1.01 (0.99 – 1.02)	0.4912
Dimensión evitación	1 (0.99 – 1.02)	0.6203	1.03 (1.01 – 1.05)	0.0006
Seguro (1 vs. 0)	0.73 (0.36 – 1.45)	0.3680	0.39 (0.19 – 0.79)	0.0087
Preocupado (1 vs. 0)	1.56 (0.73 – 3.33)	0.2505	0.57 (0.24 – 1.35)	0.2022
Rechazante (1 vs. 0)	0.88 (0.39 – 2.01)	0.7615	2.14 (1.10 – 4.16)	0.0256
Temeroso (1 vs. 0)	1.08 (0.55 – 2.12)	0.8211	1.77 (0.98 – 3.22)	0.0591

OR: odds ratio; IC^{95%}: intervalo de confianza del 95%. (1 vs. 0 = sí vs. no).

➤ DIFERENCIAS POR GRUPO DE LA INFLUENCIA DEL APEGO ADULTO EN LA COGNICIÓN SOCIAL, AJUSTANDO POR EDAD, SEXO Y CI.

En cuanto a la influencia del apego adulto en la cognición social ajustando por sexo, edad y CI, solo se detectó una influencia estadísticamente significativa en el grupo PEP (p=0.0170) sobre el sesgo de razonamiento *JTC*. Concretamente, los pacientes PEP que presentaban un apego *rechazante* (rechazante=1), tenían una mayor probabilidad de experimentar *JTC* (OR=5.05), (tabla 5.5).

Tabla 5.5

Diferencias por grupo de la influencia del apego adulto en cognición social, ajustando por edad, sexo y CI.

APEGO ADULTO	COGNICIÓN SOCIAL			
	Speech illusion		JTC	
	OR	p-valor	OR	p-valor
Dimensión ansiedad				
Control ^a	1.01	0.5708	0.99	0.6446
PEP ^b	0.99	0.7073	0.99	0.3163
TLP ^c	0.95	0.0960	1.01	0.7502
Dimensión evitación				
Control ^a	1.01	0.3675	1.02	0.1861
PEP ^b	0.98	0.2334	1.03	0.0748
TLP ^c	1.001	0.9729	1.02	0.4073
Seguro (1 vs. 0)				
Control ^a	0.75	0.5314	0.69	0.4319
PEP ^b	0.94	0.9382	0.38	0.1953
TLP ^c	6.58	0.1708	<0.001	0.9885
Preocupado (1 vs. 0)				
Control ^a	1.81	0.2623	0.45	0.3031
PEP ^b	2.66	0.1750	0.22	0.0776
TLP ^c	<0.001	0.9810	2.51	0.3124
Rechazante (1 vs. 0)				
Control ^a	1.30	0.6390	1.88	0.2386
PEP ^b	0.50	0.3437	5.05	0.0170
TLP ^c	<0.001	0.9898	<0.001	0.9881
Temeroso (1 vs. 0)				
Control ^a	0.66	0.4783	1.52	0.4339
PEP ^b	0.92	0.8802	1.14	0.8001
TLP ^c	2.45	0.4620	0.95	0.9554

OR: odds ratio.

^{abc} Los superíndices indican diferencias significativas (p<0.05) entre los grupos en la influencia del apego adulto en la cognición social. Es decir, letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (1 vs. 0 = sí vs. no).

➤ RELACIÓN DEL APEGO ADULTO CON LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS
EN LA MUESTRA TOTAL

Todas las escalas de apego adulto, tanto dimensionales como categoriales, exceptuando el apego *preocupado*, presentaban una influencia estadísticamente significativa con todas las variables relacionadas con las experiencias psicóticas: *síntomas positivos, negativos, depresivos* y la *CAPE total*.

Con respecto a las dos *dimensiones* de apego adulto, *ansiedad* y *evitación*, pudimos observar que según aumentaban el nivel de éstas, también lo hacían de manera significativa las puntuaciones de los síntomas psicóticos *positivos* (dimensión ansiedad $p < 0.0001$, dimensión evitación $p = 0.0005$), *negativos* ($p < 0.0001$), *depresivos* ($p < 0.0001$) y de la variable *CAPE total* ($p < 0.0001$).

En las diferentes categorías de apego adulto observamos lo siguiente:

- aquellas personas con un apego *seguro* presentaban puntuaciones significativamente más bajas en todas las dimensiones de experiencias psicóticas ($p < 0.0001$).
- Ocurría lo mismo con los que tenían un apego *rechazante* (síntomas positivos: $p = 0.0182$, síntomas negativos: $p = 0.0264$, síntomas depresivos: $p = 0.0093$ y *CAPE total*: $p = 0.0061$).
- En cambio, los que tenían un apego *temeroso*, presentaban puntuaciones significativamente más altas en todas las dimensiones de experiencias psicóticas ($p < 0.0001$).

En la tabla 5.6 se realiza una descripción detallada de la relación entre las categorías y dimensiones de la escala de apego y las dimensiones sintomáticas.

Tabla 5.6

Relación del apego adulto con las experiencias psicóticas. Análisis sin ajustar.

APEGO ADULTO	EXPERIENCIAS PSICÓTICAS							
	Síntomas positivos		Síntomas negativos		Síntomas depresivos		CAPE total	
	β (IC ^{95%})	p-valor						
Dimensión ansiedad	0.007 (0.005 – 0.009)	<0.0001	0.01 (0.008 – 0.012)	<0.0001	0.014 (0.011 – 0.016)	<0.0001	0.13 (0.11 – 0.15)	<0.0001
Dimensión evitación	0.003 (0.001 – 0.005)	0.0005	0.007 (0.004 – 0.01)	<0.0001	0.008 (0.005 – 0.011)	<0.0001	0.08 (0.05 – 0.11)	<0.0001
Seguro (1 vs. 0)	-0.15 (-0.22 – -0.09)	<0.0001	-0.25 (-0.35 – -0.16)	<0.0001	-0.31 (-0.42 – -0.18)	<0.0001	-3.01 (-4.05 – -1.97)	<0.0001
Preocupado (1 vs. 0)	0.08 (-0.01 – 0.17)	0.0745	0.08 (-0.04 – 0.21)	0.1886	0.11 (-0.04 – 0.27)	0.1486	1.22 (-0.14 – 2.58)	0.0790
Rechazante (1 vs. 0)	-0.10 (-0.19 – -0.02)	0.0182	-0.14 (-0.26 – -0.02)	0.0264	-0.20 (-0.34 – -0.05)	0.0093	-1.85 (-3.17 – -0.53)	0.0061
Temeroso (1 vs. 0)	0.18 (0.11 – 0.25)	<0.0001	0.31 (0.21 – 0.40)	<0.0001	0.38 (0.26 – 0.50)	<0.0001	3.66 (2.62 – 4.70)	<0.0001

IC^{95%}: intervalo de confianza del 95. (1 vs. 0 = sí vs. no).

➤ DIFERENCIAS POR GRUPO DE LA INFLUENCIA DEL APEGO ADULTO EN LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS, AJUSTANDO POR EDAD, SEXO Y CI.

En cuanto a la influencia de la **dimensión** de apego adulto **ansiedad**, ajustando por sexo, edad y CI, se detectó una influencia estadísticamente significativa en los tres grupos, en las cuatro variables de experiencias psicóticas: *síntomas positivos* (TLP: $p < 0,0001$, PEP: $p < 0,0001$, controles: $p = 0,0308$), *síntomas negativos* (en los tres grupos: $p < 0,0001$), *síntomas depresivos* (controles: $p < 0,0001$, TLP: $p < 0,0001$, PEP: $p = 0,0003$) y *CAPE total* (en los tres grupos: $p < 0,0001$). En los tres casos, a mayor nivel de la **dimensión ansiedad**, mayor tendencia a experimentar síntomas psicóticos.

Se detectaron diferencias significativas entre los controles y los TLP en cuanto a la relación de la **dimensión** de apego **evitativo** con los síntomas *negativos* (controles: $p = 0,0099$; TLP: $p = 0,0774$), *depresivos* (TLP: $p = 0,0026$, controles: $p = 0,0277$) y *CAPE total* (TLP: $p = 0,0233$, controles: $p = 0,0509$). En ambos grupos, a mayor puntuación en la **dimensión evitación**, mayor nivel de síntomas *negativos*, *depresivos* y *CAPE total*.

En relación al efecto del **apego seguro** sobre las experiencias psicóticas, se detectó una relación estadísticamente significativa con:

- la variable *síntomas positivos* en los PEP ($p = 0,0150$),
- los síntomas *negativos* en los controles ($p = 0,0014$),

- los síntomas *depresivos* en el grupo control ($p=0,0082$) y TLP ($p=0,0256$),
y
- la *CAPE total* en los controles ($p=0,0074$) y PEP ($p=0,0600$).

Aquellos pacientes PEP que tenían un apego *seguro*, tenían menos síntomas *positivos* y *menos CAPE total*, los TLP menos sintomatología *depresiva*, y el grupo de controles menos experiencias psicóticas *negativas*, *depresivas* y *CAPE total*.

Con respecto a la influencia del ***apego preocupado*** sobre los síntomas psicóticos *positivos*, se observaron diferencias significativas en los PEP ($p=0,0140$). El apego *preocupado* adulto, daba lugar un mayor nivel de síntomas *positivos*.

Por otro lado, se detectó una relación estadísticamente significativa entre ***apego rechazante*** y:

- las experiencias psicóticas *positivas* en los PEP ($p=0,0013$) y TLP ($p=0,0112$),
- los síntomas *negativos* en los pacientes TLP ($p=0,0002$) y PEP ($p=0,0079$),
- los *depresivos* en los TLP ($p=0,0027$), y
- la *CAPE total* en los grupos TLP ($p=0,0002$) y PEP ($p=0,0022$).

En todos los grupos detectamos que un apego *rechazante* en la edad adulta, daba como resultado un menor nivel de experiencias psicóticas (*positivas*, *negativas*, *depresivas* y *CAPE total*).

Y para terminar, en cuanto a la relación entre el *apego temeroso* y las experiencias psicóticas, se observaron diferencias significativas sobre:

- los síntomas *positivos* en los PEP ($p=0,0056$) y los TLP ($p=0,0908$),
- los síntomas *negativos* en los tres grupos: controles ($p=0,0040$), TLP ($p=0,0048$) y PEP ($p=0,0412$);
- los síntomas *depresivos* en los controles ($p=0,0013$), TLP ($p=0,0062$) y PEP ($p=0,0371$); y
- la *CAPE total* también en los TLP ($p=0,0043$), PEP ($p=0,0054$) y controles ($p=0,0072$).

En los tres grupos, el hecho de tener un apego *temeroso*, daba lugar a una mayor tendencia a sufrir experiencias psicóticas *negativas, depresivas y/o CAPE total*.

La influencia del apego adulto en las experiencias psicóticas se detalla a continuación en la tabla 5.7.

Tabla 5.7. Diferencias por grupo de la influencia del apego adulto en las experiencias psicóticas, ajustando por edad, sexo y CI.

APEGO ADULTO	EXPERIENCIAS PSICÓTICAS							
	Síntomas positivos		Síntomas negativos		Síntomas depresivos		CAPE total	
	β	p-valor	β	p-valor	β	p-valor	β	p-valor
Dim. ansiedad								
Control ^a	0.002^{bc}	0.0308	0.007	<0.0001	0.009	<0.0001	0.07^c	<0.0001
PEP ^b	0.009^a	<0.0001	0.009	<0.0001	0.008	0.0003	0.12	<0.0001
TLP ^c	0.008^a	<0.0001	0.013	<0.0001	0.015	<0.0001	0.15^a	<0.0001
Dim. evitación								
Control ^a	0.0003	0.7703	0.004	0.0099	0.004	0.0277	0.034	0.0509
PEP ^b	0.0003	0.8660	0.004	0.1658	0.003	0.2670	0.027	0.3020
TLP ^c	0.0023	0.1868	0.005	0.0774	0.010	0.0026	0.069	0.0233
Seguro (1 vs. 0)								
Control ^a	-0.035	0.3240	-0.17	0.0014	-0.16	0.0082	-1.46	0.0074
PEP ^b	-0.188	0.0150	-0.10	0.3818	-0.18	0.1639	-2.19	0.0600
TLP ^c	-0.188	0.1960	-0.14	0.5194	-0.54	0.0256	-3.33	0.1290
Preocupado (1 vs. 0)								
Control ^a	0.029	0.5474	0.08	0.2833	0.08	0.3451	0.75	0.3015
PEP ^b	0.205	0.0140	0.14	0.2516	0.04	0.7724	2.15	0.0920
TLP ^c	0.056	0.5637	-0.05	0.7576	0.06	0.7250	0.32	0.8322
Rechazante (1 vs. 0)								
Control ^a	-0.013 ^{bc}	0.7691	0.004 ^{bc}	0.9561	-0.06 ^c	0.3880	-0.24 ^{bc}	0.7176
PEP ^b	-0.232^a	0.0013	-0.285^{ac}	0.0079	-0.17 ^c	0.1543	-3.33^{ac}	0.0022
TLP ^c	-0.367^a	0.0112	-0.819^{ab}	0.0002	-0.73^{ab}	0.0027	-8.22^{ab}	0.0002
Temeroso (1 vs. 0)								
Control ^a	0.041	0.3528	0.19	0.0040	0.23	0.0013	1.77	0.0072
PEP ^b	0.168	0.0056	0.18	0.0412	0.21	0.0371	2.53	0.0054
TLP ^c	0.141	0.0908	0.35	0.0048	0.37	0.0062	3.56	0.0043

^{abc} Los superíndices indican diferencias significativas (p<0.05) entre los grupos en la influencia del apego adulto en las experiencias psicóticas. Es decir, letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (1 vs. 0 = sí vs. no).

Capítulo VI. Discusión

Antes de entrar a valorar los resultados que hemos obtenido teniendo en cuenta la literatura existente en relación con nuestras variables de estudio, creemos que es importante comentar dos aspectos de este trabajo.

Por un lado, tal y como señalábamos en el capítulo 3, la *hipótesis del continuum de la psicosis* defiende que la esquizotipia y la esquizofrenia se caracterizan por una gran heterogeneidad sintomática y son considerados como constructos multidimensionales (Kwapil, Barrantes-Vidal, & Silvia, 2007). Esta hipótesis también plantea la existencia de un amplio espectro que engloba desde lo que podríamos llamar “normalidad”, síntomas subclínicos, hasta el brote psicótico manifiesto (Richard J. Linscott & Van Os, 2010; Barrantes-Vidal, Grant, & Kwapil, 2015a; Thomas R. Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015).

Por lo tanto, siguiendo esta idea que defiende que tanto sujetos de la población general como pacientes con rasgos de esquizotipia o síntomas psicóticos, comparten características, cognitivas, comportamentales y emocionales, se reclutó una muestra compuesta por tres grupos: dos de pacientes PEP y TLP, y un tercero formado por controles (población general sin patología).

Por otro lado, se considera que es posible que la asociación entre el apego inseguro y una amplia variedad de diagnósticos psiquiátricos en realidad reflejen una superposición de síntomas y comorbilidad (Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009), en vez de verdaderas asociaciones con trastornos o diagnósticos específicos. Por ese motivo, se ha sugerido que podría darnos más información

explorar esas asociaciones con los síntomas específicos de la psicosis, y así lo hemos hecho en nuestro estudio. Primero, a nivel de *síntomas psicóticos individuales (positivos, negativos y depresivos)*, y segundo, basándonos en los modelos cognitivos, analizando estas asociaciones con algunos *sesgos o déficits cognitivos* que dan lugar a *experiencias psicóticas*, como las *speech illusion* o el JTC. De esta forma, no nos centramos en el diagnóstico, ya que como hemos dicho la psicosis es un fenómeno heterogéneo que incluye una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos.

Una vez aclarado esto, en primer lugar, valoraremos el análisis de las variables clínicas: apego adulto, *speech illusion*, JTC y experiencias psicóticas, para luego pasar a comentar la influencia o relación del apego adulto con la cognición social en primer lugar y las experiencias psicóticas en segundo lugar.

6.1. Apego adulto

Siguiendo la *hipótesis del continuum de la psicosis*, uno de los objetivos de nuestro estudio entre otros, fue comparar las diferencias existentes en los tres grupos que forman parte de nuestro estudio, PEP, TLP y controles, con respecto a las dimensiones y prototipos del apego adulto.

En relación a las dos *dimensiones de apego* adulto inseguro, el ansioso y el evitativo, los resultados indican que los dos grupos de pacientes, los PEP y TLP, fueron los grupos que obtuvieron las puntuaciones estadísticamente significativas más altas en ambas dimensiones.

Cabe destacar que fueron los TLP los que obtuvieron las puntuaciones más altas de toda la muestra en las dos *dimensiones*, incluso más altas que las de los PEP. Además, las puntuaciones obtenidas en el grupo de TLP en la dimensión *ansiedad*, fueron también estadísticamente significativas en comparación con el otro grupo de pacientes, los PEP.

Una posible explicación de este hecho puede deberse a que el TLP es un trastorno que se caracteriza por muchas dificultades, entre ellas, problemas intensos y persistentes en las relaciones interpersonales y también en el área social e intrapersonal (Adshead & Sarkar, 2012). Y la teoría del apego está siendo cada vez más utilizada para investigar esta patología (Aaronson, Bender, Skodol, & Gunderson, 2006; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Adshead & Sarkar, 2012). Diferentes autores han utilizado concretamente las ideas de Bowlby para poder explicar los TLP (Crittenden, 1997; Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 2000; Fonagy & Bateman, 2007; Gunderson, 1996; Lyons- Ruth & Jacobovitz, 1999).

Muchas de las características del *apego inseguro adulto* se parecen a los signos y síntomas de los TLP (Adshead & Sarkar, 2012). Existe un gran número de estudios sobre los patrones de apego en individuos que presentan TLP, en concreto del clúster B (Bender, Farber, & Geller, 2001), que apuntan que estas personas muestran mayores índices de apego inseguro que la población general

(Jude Cassidy, Shaver, Mikulincer, & Lavy, 2009). Más concretamente, los adultos con un estilo de *apego ansioso* experimentan más sensibilidad al rechazo y a la ansiedad, siendo a su vez más propensos a desarrollar TP tales como, el trastorno *límite*. En cambio, se ha demostrado que el *apego seguro* en muy pocas ocasiones se asocia a este tipo de TP (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001; Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006).

En relación a las *categorías o tipos de apego* adulto, el *seguro* es el que obtuvo el mayor porcentaje de toda la muestra. El hecho de que el apego seguro fuese el tipo de apego más frecuente puede deberse a que el grupo más numeroso es el de controles (N=185), en comparación con los PEP (N=70) y los TLP (N=38). Además, es en este grupo, en el grupo control, en el que se obtuvo un mayor porcentaje de apego seguro con respecto a los PEP y TLP de forma significativa.

Por otro lado, el *apego temeroso* como bien sabemos, es una combinación de una alta frecuencia de las dimensiones de ansiedad y evitación. Después del apego seguro, este tipo de apego fue el más frecuente en la muestra general, encontrándose particularmente un mayor porcentaje, primero, en pacientes TLP y en segundo lugar, en PEP, obteniendo diferencias estadísticamente significativas con los controles.

Todo ello, corrobora nuestra hipótesis de que el apego inseguro aparece con más frecuencia en sujetos que presentan patología mental (como son los TLP y PEP) frente a las muestras de población sana.

6.2. Cognición social

Sabemos que una anomalía perceptiva o alteración de la cognición social da lugar a problemas y dificultades a la hora de interpretar la realidad. Este déficit de la percepción explicaría el porqué del deterioro del funcionamiento psicosocial o de las dificultades interpersonales, por ejemplo, en personas con esquizofrenia. En los últimos años, el estudio de este concepto ha provocado mucho interés, demostrándose su deterioro en este grupo en concreto (Green, Horan, & Lee, 2015).

Otro de los objetivos de nuestro estudio, fue comparar las diferencias existentes en los tres grupos de la muestra en relación con dos alteraciones de la *cognición social* en la psicosis: por un lado, las alteraciones en la atribución de la saliencia, que dan lugar a la tendencia a percibir *speech illusion*, y por el otro, el experimentar el sesgo de razonamiento *JTC*.

6.2.1. Speech illusion

Teorías recientes explican que el mecanismo cognitivo de las alucinaciones (percepciones en ausencia de un estímulo) sugiere que estas percepciones alteradas se originan por una desregulación en el procesamiento de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. Concretamente surgen cuando se asigna una mayor prioridad en la percepción final al proceso de arriba hacia abajo (expectativa, conocimiento previo e imágenes mentales), en vez de a la información de abajo

hacia arriba (entrada sensorial) (Hoffman et al., 2007; Aleman, Böcker, Hijman, de Haan, & Kahn, 2003; Hugdahl, 2009).

Los modelos contemporáneos de psicosis (Winton-Brown et al., 2014) proponen que este inadecuado procesamiento de arriba hacia abajo, junto a una desregulación de la transmisión de dopamina, hacen que los estímulos neutros se interpreten de forma incorrecta y se les atribuya una relevancia. La tendencia a asignar un significado alterado a un estímulo irrelevante debido a una "*saliencia aberrante*", impulsa al individuo a desarrollar un esquema cognitivo que altera su capacidad para procesar la experiencia y el entorno que le rodea de forma adecuada (Kapur, 2003b; Ulrich Reininghaus et al., 2016), pudiendo impulsar el desarrollo de síntomas psicóticos, como las alucinaciones.

Los estudios experimentales basados en las ilusiones (malas interpretaciones de un estímulo externo) se han diseñado en torno al paradigma de escuchar voces en ruido blanco, dando lugar a una *speech illusion* que representa la tendencia a atribuir significado a la entrada sensorial neutra.

Con el fin de explorar la *hipótesis de la saliencia aberrante* se desarrolló una herramienta para inducir *speech illusion*, el "White Noise Task" (WN). Esta herramienta fue introducida por primera vez en un estudio que fue diseñado por nuestro equipo (Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & Van Os, 2011) con el objetivo

de estudiar la saliencia aberrante en adultos con trastornos psicóticos, sus hermanos y la población general.

El estudio encontró por un lado, que la tendencia a detectar speech illusion era más frecuente en el grupo de pacientes con trastorno psicótico, seguido del grupo con riesgo familiar elevado y luego del grupo control. Y por otro reveló que las ilusiones del habla estaban asociadas en controles sanos con altos niveles de esquizotipia positiva medidos mediante la escala CAPE (The Community Assessment of Psychic Experience).

Estos resultados se replicaron unos años más tarde por Catalán y su equipo (Catalan, Simons, Bustamante, Drukker, Madrazo, Gonzalez de Artaza, et al., 2014) en un estudio con un grupo de pacientes PEP y otro de controles sanos.

Los resultados coincidieron con los encontrados por Galdós (Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & Van Os, 2011) y describieron que los pacientes con PEP también tenían tasas más altas de ilusiones del habla si los comparáramos con el grupo de sujetos control. Pero contrariamente al estudio de Galdós, en este caso no se encontró asociación entre el WN y la esquizotipia en los controles.

Posteriormente, en otro estudio (Rimvall et al., 2016), se examinaron las ilusiones del habla en relación con un grupo psicótico y una amplia muestra de población general de preadolescentes, utilizando una versión abreviada de la tarea

WN. En esta muestra, las ilusiones del habla se asociaron con experiencias alucinatorias en ambos grupos.

En la investigación del presente estudio también hicimos uso de la prueba WN. El objetivo fue replicar los resultados obtenidos anteriormente (Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & Van Os, 2011) y describir la prevalencia de ilusiones del habla en PEP, pacientes con TLP y controles sanos. Como es bien sabido, el TLP se asocia a la existencia de alucinaciones auditivas (D'Agostino, Monti, & Starcevic, 2019) en un porcentaje importante de casos (alrededor del 25%) (Slotema, Blom, Niemantsverdriet, & Sommer, 2018). En este caso planteamos la hipótesis de que la percepción de *speech illusion* se asociaría principalmente con los dos grupos de pacientes en comparación con el grupo control.

De acuerdo con los estudios mencionados anteriormente (Catalan, Simons, Bustamante, Drukker, Madrazo, Gonzalez de Artaza, et al., 2014; Galdos, Simons, Fernandez-Rivas, Wichers, Peralta, Lataster, Amer, Myin-Germeys, Allardyce, Gonzalez-Torres, & van Os, 2011), hallamos una mayor frecuencia a la hora de experimentar *speech illusion* en el grupo de PEP (30%), seguido de los TLP (13.16%) y por último del grupo control (12.97%). Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes PEP y controles.

Por lo tanto, una vez más, estos resultados sugieren que la percepción de *speech illusion* en el ruido blanco podría reflejar diferencias individuales en el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos.

Los pacientes con PEP pueden representar una población especialmente importante para estudiar este tipo de hipótesis porque es menos probable que se vean afectados por las posibles consecuencias de la enfermedad psicótica a lo largo del tiempo, como son la toma de fármacos antipsicóticos o las consecuencias de la institucionalización, más propia de los enfermos crónicos (Bozikas & Andreou, 2011).

Por otro lado, en cambio, los pacientes con TLP a menudo toman diversas medicaciones de forma crónica (Silk, 2015) que pueden influir en su capacidad de detectar *speech illusion*. De hecho, una de las limitaciones de este estudio es que no se tuvo en cuenta la toma de tratamiento farmacológico.

6.2.2. Sesgo de razonamiento “saltar a conclusiones” o JTC

El JTC es la “*tendencia a sacar conclusiones escasamente fundamentadas y a tomar decisiones de forma precipitada, con poca evidencia de apoyo, basándose en la hiperrelevancia de coincidencias*”. Es decir, es la “*tendencia a buscar menos información para llegar a una conclusión*” (Speechley, Whitman & Woodward, 2010).

Recientemente, se han propuesto algunos sesgos de razonamiento, como el *JTC*, como uno de los mecanismos centrales para desarrollar creencias delirantes (Moritz, Bentall, Kolbeck & Roesch-Ely, 2018).

La literatura emergente sugiere que las personas con delirios están demasiado confiadas en sus decisiones incorrectas (Kinderman & Bentall, 1997; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002; Moritz & Woodward, 2006; Buchy, Woodward, & Liotti, 2007; Moritz, Woodward, Jelinek, & Klinge, 2008; Lincoln, Mehl, Exner, Lindenmeyer, & Rief, 2010; Randjbar, Veckenstedt, Vitzthum, Hottenrott, & Moritz, 2011; Gaweda, Moritz, & Kokoszka, 2012).

En general, se acepta que la relación entre psicosis y JTC es probable (Dudley, Taylor, Wickham, & Hutton, 2016). Algunos estudios han encontrado que el JTC podría estar asociado con un diagnóstico de esquizofrenia (Mortimer et al., 1996; Dudley, John, Young, & Over, 1997; Moritz & Woodward, 2005; Colbert, Peters, & Garety, 2010; Moritz, Van Quaquebeke, & Lincoln, 2012), y ha sido descrito en fases tempranas de la enfermedad psicótica, en PEP (Broome et al., 2007; Dudley et al., 2011; Sanford, Lecomte, Leclerc, Wykes, & Woodward, 2013; Langdon, Still, Connors, Ward, & Catts, 2014). El JTC ha sido también relacionado con otros grupos de pacientes: pacientes con depresión (Sastre-Buades et al., 2021), trastornos de ansiedad (So, Freeman, & Garety, 2008) y TLP (Moritz et al., 2011).

Por lo tanto, la *tarea de las cuentas o de las bolas* se utiliza a menudo para evaluar el sesgo JTC con respecto a su papel predictivo en la formación de creencias delirantes (Garety et al., 2013), pero no exclusivamente en relación con la esquizofrenia (Moritz et al., 2018).

En nuestra muestra hemos encontrado que un 20.14% de sujetos exhibió un sesgo de JTC.

Por otro lado, siguiendo la línea de los resultados obtenidos en investigaciones anteriores (Catalan et al., 2015), hemos hallado que se da una mayor frecuencia a la hora de experimentar *JTC* en el grupo de PEP, obteniendo diferencias significativas en sus puntuaciones en comparación con las de los controles y TLP. Sin embargo, no hallamos diferencias significativas en la frecuencia de JTC entre TLP y PEP.

6.3. Experiencias psicóticas

Los síntomas psicóticos de primer rango pueden ser más comunes en la esquizofrenia que en otras categorías, pero su valor diagnóstico es demasiado bajo para ser de importancia diagnóstica (van Os, 2009). De hecho, sabemos que las experiencias de tipo psicótico también son comunes en la población general y en los trastornos mentales graves como el TLP (Nuevo, van Os, Arango, Chatterji, & Ayuso-Mateos, 2013; Balaratnasingama & Janca, 2015).

En esta línea, otro de los objetivos de nuestro estudio fue comparar las diferencias existentes en los tres grupos de la muestra en relación a los *síntomas psicóticos positivos, negativos y depresivos*. Y como cabía esperar, siguiendo nuestra hipótesis, *estos síntomas* fueron siempre más bajos en el grupo control, y más altos en los dos grupos de pacientes.

Dentro del grupo de pacientes, los TLP, fueron los que obtuvieron las medias más altas seguidos de los PEP, fundamentalmente en relación a las experiencias psicóticas *negativas, depresivas y total*. En este caso, de hecho, obtuvimos diferencias estadísticamente significativas, por un lado, entre los TLP y los PEP, y por el otro, entre ambos grupos de pacientes y el grupo control.

En cuanto a los *síntomas positivos*, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes, siendo la diferencia entre estos muy pequeña (PEP: 0.51 (0.34); TLP: 0,55 (0.38)). En cambio, tanto en los TLP como en los PEP, las diferencias fueron estadísticamente significativas si los comparábamos con el grupo control.

Esto concuerda con estudios recientes que apoyan la idea de que la diferencia en las experiencias psicóticas entre el TLP y la esquizofrenia no está clara y estas experiencias son bastante similares en ambos grupos de pacientes (Moritz et al., 2011a; Slotema et al., 2012).

Por otro lado, también podría deberse a que la muestra de TLP fue reclutada en el Hospital de día de TLP de AMSA y del HUB, siendo pacientes en su mayoría de larga evolución en comparación con los PEP, que eran reclutados en la Unidad de hospitalización del HUB siendo ese momento su primer contacto con el Servicio de Psiquiatría.

6.4. Apego y cognición social

Los patrones de apego son muy importantes para comprender el papel que desempeñan los factores ambientales en la vulnerabilidad y el desarrollo de la psicosis (Sheinbaum, Bedoya, Ros-Morente, Kwapil, & Barrantes-Vidal, 2013; Bailey et al., 2018).

Investigaciones recientes sobre el apego destacan el riesgo de desarrollar experiencias psicóticas (Rössler, Ajdacic-Gross, Rodgers, Haker, & Müller, 2016; Bailey et al., 2018). Otras afirman la existencia de déficits en las habilidades cognitivas sociales asociadas a alteraciones en el apego (Rokita, Dauvermann, & Donohoe, 2018). Y varios estudios previos revelan que el apego inseguro también está muy presente en el entorno familiar de la esquizofrenia, mostrando un apego inseguro y un deterioro de la cognición social en las madres de estos pacientes (Balikçi, Aydin, Sönmez, & Esen Danaci, 2018; Balikçi, Aydin, Taş, & Esen Danaci, 2018).

Por otro lado, un trabajo muy reciente, relaciona como parte fundamental del desarrollo de la psicosis, el apego seguro, el reconocimiento de emociones y la psicopatología general. En este trabajo se asocia el apego preocupado con los síntomas negativos y la psicopatología general (Pena-Garijo & Monfort-Escrig, 2021). Este resultado sigue la línea de investigaciones anteriores que sugieren que el apego inseguro podría contribuir a alteraciones cognitivas que darían lugar a su vez al desarrollo de síntomas psicóticos (Blair, Nitzburg, DeRosse, & Karlsgodt, 2018).

Como podemos apreciar, en la actualidad existe un número importante de estudios que exploran las asociaciones entre la cognición, los síntomas psicóticos y los estilos de apego. A pesar de ello, se requieren aún más estudios para poder aclarar cómo se relacionan entre sí (Brown, Tas, Can, Esen-Danaci, & Brüne, 2014; Korver-Nieberg, Berry, Meijer, & de Haan, 2014b).

6.4.1. Apego y speech illusion

Como ya sabemos, estudios previos habían implicado el apego inseguro en el desarrollo de la psicosis (Berry, Band, Corcoran, Barrowclough, & Wearden, 2007b; Berry et al., 2006b; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997) y las *alucinaciones auditivas* son uno de los síntomas centrales de la psicosis.

Uno de los objetivos principales de esta tesis fue, como algo novedoso, analizar la influencia del apego en diferentes anomalías cognitivas relacionadas con la vulnerabilidad a la psicosis: como la tendencia a percibir *speech illusion*.

Un creciente cuerpo de investigación ha estudiado las asociaciones entre los estilos de apego inseguros y la psicosis. Y siguiendo esta línea, además de los estudios que vinculan el apego inseguro a la psicosis en general y a los síntomas psicóticos en particular, un número creciente de estudios ha relacionado las dificultades de apego con experiencias psicóticas específicas, como las *alucinaciones* (Tabla 6.1).

Tabla 6.1

Estudios sobre apego y experiencias psicóticas específicas: alucinaciones y paranoia. Muestras con patología psicótica.

Estudios muestras con patología psicótica		
Berry et al., 2006	Apego inseguro →	Paranoia + alucinaciones
Berry et al., 2008	Apego evitativo →	Paranoia (fuerte asociación)
Berry et al., 2012	Apego ansioso →	Gravedad de la angustia en relación con las alucinaciones
	Apego evitativo →	Experiencia de "rechazo o crítica" + "amenaza" al escuchar las voces
Ponizovsky et al., 2013	Apego preocupado →	Delirios + sospecha (PANSS)
	Apego temeroso →	Gravedad experiencias alucinatorias
Wickham et al., 2015	Apego inseguro →	Predice paranoia
	Apego ansioso → Autoestima negativa (mediador parcial) Apego evitativo → autoestima negativa mediador completo)	Paranoia
Korver-Nieverg et al., 2015	Apego ansioso → Apego evitativo →	Severidad alucinaciones y persecución
Sitko et al., 2016	Aumento inseguridad apego →	Aumento paranoia (controlando autoestima y alucinaciones auditivas)
Pilton et al., 2016	Apego ansioso →	Gravedad+angustia (creencias negativas)→ voz Creencias + relaciones→ voces
Ascone et al., 2019	Apego ansioso → Apego evitativo →	ER→ paranoia Culpar demás→ paranoia

Por ejemplo, en 2012 Berry y su equipo fueron de los primeros en explorar la asociación entre el apego y la reacción de las personas con las voces. Este equipo utilizó una muestra de participantes con un diagnóstico de trastornos del espectro de la esquizofrenia. Encontraron que el apego *ansioso* se correlacionaba

positivamente con la “*severidad o gravedad de la angustia*” en relación con la alucinación auditiva. Y por otro lado, descubrieron que el *apego evitativo* se asociaba con la experimentación de “*rechazo o crítica y amenaza*” al escuchar voces (Berry, Wearden, Barrowclough, Oakland, & Bradley, 2012).

Más tarde, en 2015, en otro estudio con 500 pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico (esquizofrenia, psicosis esquizoafectiva o no afectiva) que completaron el Cuestionario de relación, observaron que el apego *ansioso* predijo la “*gravedad*” de los síntomas positivos, y que tanto el apego *ansioso* como el *evitativo* se asociaron con la “*severidad*” de las alucinaciones. Contrariamente a las predicciones, el apego *evitativo* no se asoció con las puntuaciones generales de los síntomas negativos (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, de Haan, & Ponizovsky, 2015a).

Por otro lado, la asociación entre el apego inseguro y los *fenómenos alucinatorios* también se han investigado en diferentes estudios con población general, es decir, población sin patología.

Berry y su equipo encontraron asociaciones significativas entre el apego inseguro y los fenómenos psicóticos no clínicos en una muestra de 323 estudiantes. Los fenómenos psicóticos *positivos* se asociaron con el apego *ansioso* y la anhedonia social con el apego *evitativo* (Berry et al., 2006a).

En 2008, MacBeth y su equipo realizaron un novedoso estudio en el que se llevó a cabo una exploración de posibles asociaciones entre el estado de apego y la fenomenología psicótica, aplicada dentro de un marco de mentalidad social. Estos investigadores afirmaron que el *apego evitativo* y la *dependencia interpersonal*

desempeñaban un papel mediador en la predicción de las alucinaciones (MacBeth, Schwannauer, & Gumley, 2008).

Recientemente, Berry y su equipo investigaron las asociaciones entre el trauma infantil, la disociación, el apego adulto y la propensión a las alucinaciones en una muestra no clínica de 123 estudiantes. Afirmaron que el apego inseguro, la adversidad infantil y los síntomas disociativos se correlacionaron con la propensión a las alucinaciones. Y concretamente, que aquellos con puntuaciones más altas en *apego ansioso* y *apego evitativo* también fueron más propensos a las *alucinaciones* (Berry et al., 2018).

En este estudio nuestros hallazgos no apoyaron la relación entre el apego adulto inseguro y la experimentación de speech illusion.

Dada la posibilidad de que cualquier asociación entre WN e indicadores de riesgo de psicosis pudiera estar mediada por factores cognitivos de riesgo conocidos, en particular la capacidad cognitiva, los análisis se ajustaron según el coeficiente intelectual, la edad y sexo. Tras ajustar los resultados, se siguió sin encontrar asociación en la muestra total, ni en los tres grupos por separado.

Las discrepancias en los hallazgos que acabamos de presentar, podrían deberse a que los estudios utilizan diferentes formas de medida del apego y de las alucinaciones. También es cuestionable si por ejemplo los estudios con muestras no clínicas, de población general, pueden proporcionar datos útiles y válidos para comprender la escucha de voces en la psicosis.

De todas formas, tal y como veremos a continuación, el apego inseguro podría ser más relevante para el desarrollo de la ideación y las creencias paranoicas que para las experiencias alucinatorias, (Meins, Jones, Fernyhough, Hurndall, & Koronis, 2008; Pickering, Simpson, & Bentall, 2008; Sitko, Varese, Sellwood, Hammond, & Bentall, 2016; Pearce et al., 2017; Ascone, Schlier, Sundag, & Lincoln, 2019). Esto estaría en la línea de nuestros resultados al no encontrar asociación entre el apego adulto y la tendencia a speech illusion.

6.4.2. Apego y JTC

Basándonos en los resultados de nuestra investigación, en relación a la influencia del apego adulto en el JTC en la muestra total, aquellos individuos con un *apego rechazante* y los que obtuvieron una mayor puntuación en la *dimensión evitación*, tenían más probabilidad de sufrir el sesgo de razonamiento JTC. En cambio, las personas con un *apego seguro*, presentaban una menor tendencia a experimentar este fenómeno.

Al ajustar los resultados por sexo, edad y CI, y analizar los tres grupos por separado, se detectó una influencia del *apego rechazante* estadísticamente significativa en el grupo de PEP. Es decir, los PEP que presentaban un apego rechazante, tenían una mayor probabilidad de experimentar el sesgo de razonamiento JTC.

No hemos encontrado trabajos que relacionen específicamente el apego adulto y el JTC, en pacientes con psicosis, con TLP y población general, lo que abriría una puerta de investigación al análisis de la relación entre el apego y el JTC.

Pero, es importante señalar, que los hallazgos actuales nos ayudan a comprender mejor la posible relación entre el apego inseguro y los síntomas psicóticos positivos, ya que demuestran cierto grado de especificidad en pacientes con un PEP.

Podemos decir que nuestro estudio sugiere que el *apego inseguro, ansioso y evitativo*, podría estar más relacionado con la *paranoia* que con las *alucinaciones*. Y existen autores que afirman que el *apego inseguro temeroso* en concreto también podría dar lugar a una mayor vulnerabilidad (Wickham, Sitko, & Bentall, 2015; Ascone et al., 2019).

Por ejemplo, en un estudio realizado por Pearce y su equipo con 112 participantes que experimentaron niveles clínicos de psicosis, los resultados revelaron que efectivamente el apego inseguro podría estar más fuertemente relacionado con la paranoia que con las alucinaciones, y sugirieron que el *apego temeroso* podía ser un mecanismo más prometedor para explicar esta relación (Pearce et al., 2017).

Esta relación del *apego inseguro* y la *paranoia* se ve reflejada también en los siguientes estudios en los que se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 6.1):

En 2008, usando un diseño prospectivo, Berry y su equipo evaluaron el apego en 96 pacientes con psicosis mediante la PAM (Psychosis Attachment

Measure), encontrando que el apego evitativo se asoció con síntomas positivos, síntomas negativos y paranoia. Los resultados sugieren que el estilo de apego adulto es una variable de diferencia individual significativa en personas con psicosis y puede ser un importante predictor de síntomas, más allá de la gravedad de la enfermedad (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2008).

E incluso siguiendo esta línea, se llevó a cabo una investigación con una pequeña muestra clínica de 34 PEP que fueron entrevistados mediante la entrevista de apego de adultos AAI. En este estudio en cambio, no encontraron relación entre ninguna de las clasificaciones de apego y sintomatología psicótica como la paranoia o los delirios en general (MacBeth, Gumley, Schwannauer, & Fisher, 2011). En este caso en concreto, estas discrepancias pudieron deberse a diferentes motivos: el pequeño tamaño de la muestra, el uso de medidas narrativas (AAI en este caso) versus autoinformadas o que los síntomas psicóticos positivos en esta muestra tenían niveles bajos.

En otro estudio se examinó la relación entre el estilo de apego, las creencias paranoides y las experiencias alucinantes en una muestra de 176 personas con diagnóstico de trastornos del espectro esquizofrenia y 113 controles sanos. En este caso también el apego inseguro predijo la paranoia pero no las alucinaciones después de controlar la comorbilidad entre los síntomas (Wickham et al., 2015).

Por otro lado, también se ha propuesto que el apego inseguro puede tener efectos adversos en el curso de la psicosis una vez que han surgido los síntomas.

En un estudio realizado por Sitko y su equipo, examinaron entre otras cosas, si la inseguridad elevada del apego precede a la aparición de paranoia. 20 participantes con un diagnóstico de espectro de psicosis y otros 20 controles, fueron estudiados durante seis días consecutivos utilizando el método de muestreo de experiencia (ESM). Los hallazgos revelaron por un lado, que las fluctuaciones en el apego inseguro fueron significativamente mayores en el grupo clínico, y por el otro, que un elevado apego inseguro predijo un aumento posterior en la paranoia. Este efecto no se observó en las alucinaciones auditivas una vez que se controlaron los síntomas concurrentes. Los hallazgos también sugieren que el apego seguro puede estar asociado con un menor riesgo de paranoia (Sitko et al., 2016), tal y como observamos en nuestros resultados.

Como hemos comentado anteriormente, hay evidencia de asociaciones entre el apego inseguro y la paranoia, pero aún no entendemos completamente los mecanismos de mediación.

Ascone y su equipo probaron si las asociaciones entre el apego ansioso versus evitativo y la paranoia estaban mediadas específicamente por la hiperactivación, es decir, el uso de estrategias de amplificación de emociones como la culpa, la rumiación, o la catastrofización. Se incluyeron 60 pacientes con psicosis y 40 controles sanos con quienes realizaron entrevistas de diagnóstico estandarizadas y evaluaron la paranoia, el apego y la hiperactivación a través de cuestionarios. En comparación con los controles sanos, los pacientes mostraron

significativamente más apego ansioso y evitativo, y usaron más ER hiperactivante. Encontramos un efecto indirecto significativo entre el apego ansioso y la paranoia a través de la hiperactivación en pacientes con psicosis (Ascone et al., 2019).

Esta asociación resuena también con la evidencia empírica existente que indica que las dos dimensiones del apego, tanto el apego evitativo como el ansioso, están relacionadas con la paranoia, en población general sin patología.

En 2008, Meins investigó el apego entre pares y el vínculo parental en relación con la esquizotipia en adultos sanos (N = 154). En este estudio la paranoia fue el único signo esquizotípico positivo que se relacionó con el apego entre pares, y se predijo por el apego ansioso, pero no por el evitativo (Meins et al., 2008).

Para terminar, en 2020, Lavin y su equipo (Lavin, Bucci, Varese, & Berry, 2020) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre la asociación entre el apego inseguro y la paranoia. Su objetivo fue informar de la fuerza y la coherencia de dichas asociaciones y ofrecer una evaluación sistemática de la calidad de estos estudios.

En esta revisión se informó de asociaciones significativas entre el apego inseguro y la paranoia especialmente entre el apego ansioso y la paranoia, lo cual contrasta con las revisiones anteriores que reportaron una mayor frecuencia en la relación entre el apego evitativo y la paranoia, incluso los estudios que informaron de asociaciones positivas también con el apego temeroso (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, & de Haan, 2014a; Berry, Varese, & Bucci, 2017).

Por lo tanto, como conclusión, cabe la posibilidad de que cualquier inseguridad en el apego de lugar al desarrollo y mantenimiento de la paranoia en la psicosis y esto explique el por qué a menudo se encuentren asociaciones frecuentes con diferentes subtipos de apego inseguro.

6.5. Apego y síntomas psicóticos

Por lo que respecta a la relación entre apego y psicosis en general, diferentes estudios muestran asociación entre los trastornos psicóticos y los patrones de apego inseguro. De hecho, en los últimos años existe una creciente evidencia e interés en el papel que juega esta relación (Berry, Wearden, & Barrowclough, 2007; Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz, & Grinshpoon, 2013a; Gumley, Taylor, Schwannauer, & MacBeth, 2014a; Korver-Nieberg, Berry, Meijer, de Haan, & Ponizovsky, 2015a; Carr, Hardy, & Fornells-Ambrojo, 2018).

Recientemente, se han realizado cuatro revisiones sistemáticas de la literatura y un meta-análisis sobre este tema.

Las dos primeras revisiones se centraron en aportar una visión general de la influencia que pueden tener los estilos de apego en la etiología, trayectoria, adaptación y recuperación de la psicosis (Gumley, Taylor, Schwannauer, & MacBeth, 2014; Korver-Nieberg, Berry, Meijer, & de Haan, 2014). En concreto los investigadores informaron de que las personas con estilos de apego inseguro tenían más probabilidades de sufrir psicosis. Además, encontraron que los estilos

de apego inseguro ansioso y evitativo estaban asociados con la fenomenología psicótica, especialmente el segundo, encontrándose una gran representación de este tipo de apego en pacientes con psicosis.

La tercera revisión tuvo como objetivo complementar las revisiones anteriores (Gumley y Korver-Nieverg 2014) al proporcionar una visión general de la teoría del apego y su aplicación a la psicosis, e incluir a su vez la comparación de los problemas de medición y las implicaciones clínicas de dichas dificultades (Mathews et al., 2016). La revisión sugiere que los estilos de apego inseguro son comunes en las muestras de psicosis y se observa relación entre los estilos de apego inseguro, evitativo y ansioso y el desarrollo de la psicosis.

En nuestros resultados pudimos observar que, con respecto a las dos *dimensiones* de apego adulto en la *muestra total*, cuanto mayor era el nivel de apego *ansioso y/o evitativo*, mayor era la tendencia a experimentar experiencias psicóticas de todo tipo (positivas, negativas, depresivas y cape total). Y *en los tres grupos por separado*, en los tres casos observamos, que a mayor nivel de la *dimensión ansiedad*, mayor tendencia a experimentar síntomas psicóticos de todo tipo. En los grupos de controles y TLP, obtuvimos que a mayor puntuación en la *dimensión evitación*, mayor nivel de síntomas *negativos, depresivos y CAPE total*, no encontrándose asociación con los *positivos*.

Concretamente, el apego *preocupado* adulto daba lugar a un mayor nivel de síntomas *positivos* en los PEP.

Siguiendo la línea de las dos primeras revisiones sistemáticas (Gumley y Korverg-Nieberg 2014), Carr y su equipo describieron que la prevalencia del estilo de apego inseguro era significativamente mayor en los individuos con psicosis, en comparación con el grupo control sin patología psiquiátrica (Carr et al., 2018a).

Por otro lado, se demostró que la mayoría de las personas con psicosis tenían un estilo de apego temeroso (Carr et al., 2018a). Esta idea también iría en la línea de los resultados obtenidos en nuestro estudio. Por un lado, en la *muestra total* observamos que a mayor apego *temeroso* esta tendencia a experimentar sintomatología psicótica, aumentaba significativamente. Y, por otro lado, una vez ajustado por edad, sexo y CI, se observó que el hecho de tener un apego *temeroso*, daba lugar a una mayor tendencia a sufrir experiencias psicóticas en los tres grupos, *excepto los síntomas positivos que se daban solo en los PEP y TLP*.

Este hallazgo difiere de las revisiones anteriores, que sugirieron que el estilo de apego evitativo era el más frecuente en la psicosis (Berry, Barrowclough y Wearden, 2007; Gumley et al., 2014; Korver-Nieberg et al., 2014) o que propusieron que tanto el apego evitativo como el ansioso eran más frecuentes (Mathews et al., 2016).

Muy recientemente, Van Bussel y su equipo llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura y encontraron, por un lado, asociaciones positivas entre los estilos de apego ansioso y evitativo y los síntomas psicóticos positivos y generales. Y por otro, asociaciones débiles entre ambos estilos de apego y los síntomas negativos (van Bussel et al., 2021).

Las asociaciones positivas encontradas entre estos estilos de apego y los síntomas *psicóticos positivos* apoyan los hallazgos encontrados en revisiones previas (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2007; Gumley, Taylor, et al., 2014b; Korver-Nieberg et al., 2014b; Lavin et al., 2020) y en un metanálisis anterior (Carr, Hardy, & Fornells-Ambrojo, 2018b).

Otras revisiones y el metanálisis informan también de resultados inconsistentes y débiles con respecto a los *síntomas negativos* (Berry, Barrowclough, et al., 2007; Gumley et al., 2014b; Korver-Nieberg et al., 2014b; Carr et al., 2018b; Lavin et al., 2020).

Y en relación a los síntomas psicopatológicos en general, la asociación positiva entre estos y los estilos de apego ansioso y evitativo confirman que el apego inseguro es un factor de riesgo para los síntomas generales (Mikulincer & Shaver, 2007).

Cabe destacar que el apego rechazante en nuestra muestra se relacionó de forma significativa con un menor nivel de experiencias psicóticas (*positivas, negativas, depresivas y CAPE total*) tanto en la muestra total como en los tres grupos por separado. En la literatura revisada no existen hallazgos similares, de hecho, se contradicen con los existentes.

Una posible hipótesis que podemos tener al respecto es, que cuando una persona tiene un apego rechazante evita estar con los demás, y por lo tanto, tiene menos posibilidades de desarrollar síntomas psicóticos. Es decir, si uno no está con otras personas tiene más dificultades para desarrollar paranoia, por ejemplo.

Es importante destacar que, aunque algunas revisiones sistemáticas de la literatura han señalado que existen asociaciones entre los patrones de apego adulto evitativo y ansioso, y las dimensiones de síntomas positivos y negativos (Berry, Barrowclough, et al., 2007; Gumley, Taylor, et al., 2014a; Korver-Nieberg et al., 2014a), podemos decir que en general estas asociaciones son inconsistentes. Estudios anteriores y actuales, incluso nuestros resultados, han mostrado resultados muy contradictorios al respecto (Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006; Gumley, Schwannauer, et al., 2014; Harder, 2014; Korver-Nieberg, Berry, Meijer, de Haan, & Ponizovsky, 2015; van Bussel et al., 2021).

Por otro lado, artículos recientes afirman que cuando existe una vulnerabilidad subyacente a la psicosis, el apego seguro puede actuar como factor protector (Hart, Venta, & Sharp, 2017).

En nuestros resultados observamos que en la *muestra total* a mayor apego *seguro* menor era la tendencia a experimentar sintomatología psicótica. Y estudiando las diferencias entre los *grupos de la muestra*, se obtuvo lo siguiente: aquellos pacientes PEP que tenían un apego *seguro*, tenían menos síntomas *positivos y menos CAPE TOTAL*. Los TLP menos sintomatología *depresiva*. Y el grupo de controles menos experiencias psicóticas *negativas, depresivas y CAPE total*.

Por otro lado, también observamos que, en los controles, cuando se daba un aumento de las dimensiones de ansiedad o evitación, aumentaban los síntomas psicóticos, y que concretamente, cuando se daba un aumento del apego temeroso

en este grupo, también se veía reflejado en un aumento de los síntomas negativos depresivos y cape total, pero no de los positivos.

El hecho de demostrar que existe una asociación significativa entre las formas inseguras de apego y el fenotipo de la psicosis subclínica, es un paso intermedio fundamental para evaluar si desempeñan un papel en el proceso de desarrollo de la psicosis.

Diferentes autores han estudiado el vínculo entre los estilos de apego y los fenómenos psicóticos en muestras de población general, utilizando un modelo esquizotipado (por ejemplo, Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006b; Berry, Band, Corcoran, Barrowclough, & Wearden, 2007; Meins, Jones, Fernyhough, Hurndall, & Koronis, 2008). Estos estudios muestran resultados muy variados como veremos en la siguiente tabla (Tabla 6.2).

Tabla 6.2

Estudios con población general. Relación entre los tipos de apego y la esquizotipia: positiva y negativa.

Estudios muestras sin patología		Relación /Asociación	
		Esquizotipia positiva	Esquizotipia negativa
Wilson & Costanzo et al., 1996	Apego evitativo	SÍ	SÍ
	Apego ansioso	SÍ	
Berry et al., 2007	Apego evitativo	SÍ	SÍ
	Apego ansioso		
Berry et al., 2008	Apego evitativo	SÍ	SÍ
	Apego ansioso		
Meins et al., 2008	Apego evitativo		SÍ
	Apego ansioso		SÍ
Tiliopoulos et al., 2009	Apego evitativo		SÍ
	Apego ansioso	SÍ	SÍ
Sheinbaum et al., 2013	Apego dismissing		SÍ
	Apego preocupado	SÍ	
	Apego temeroso	SÍ	SÍ

Por lo tanto, la investigación en población general sugiere que el *apego evitativo inseguro* está asociado con la *sintomatología psicótica subclínica* (Berry, Band, et al., 2007a; MacBeth et al., 2008; Pickering et al., 2008) y el *apego ansioso* con una *esquizotipia positiva* (Wilson & Costanzo, 1996; Berry et al., 2006a; Berry, Wearden, et al., 2007; Meins et al., 2008; Pickering et al., 2008; Tiliopoulos & Goodall, 2009).

Esta contradicción en los hallazgos y nuestros resultados puede deberse a la utilización de diferentes escalas para evaluar el apego.

Capítulo VII. Limitaciones y fortalezas

Hay una serie de limitaciones y fortalezas dentro de esta investigación que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados.

En primer lugar, nuestro estudio tiene un *diseño transversal retrospectivo* lo que fue útil para determinar las asociaciones entre el apego y la psicosis; pero esto impide la determinación de relaciones causales. Por lo tanto, este hecho limita las conclusiones que se pueden extraer en términos de causalidad entre la psicosis y el apego (Berry, Barrowclough, & Wearden, 2007; Korver-Nieberg et al., 2014) y la dirección de los hallazgos.

Para comprender completamente esta relación, los *estudios longitudinales prospectivos* serían esenciales en futuras investigaciones ya que resulta atractivo interpretar los hallazgos desde una perspectiva de desarrollo en línea con las proposiciones teóricas de los campos del apego y la psicosis.

En segundo lugar, el uso en la muestra de grupos PEP y TLP puede limitar la generalización de los hallazgos en términos de las características de la muestra, al ser grupos demasiado heterogéneos entre sí, limitando la validez de cualquier comparación general.

Pero a su vez, la inclusión por ejemplo de pacientes con PEP puede considerarse una fortaleza. En general estos participantes son relativamente jóvenes, y al no encontrarse en una etapa grave del trastorno es poco probable que las diferencias de casos y controles sean el resultado de la cronicidad, y además, tienen menos exposición a la medicación. Estudiar individuos con PEP ayuda a

minimizar la influencia de variables como la institucionalización, los efectos a largo plazo de los antipsicóticos y el deterioro social. Por otro lado, la investigación de los TLP, (en comparación con pacientes PEP y los controles), también puede ser interesante y productiva dado que se considera que este grupo está asociado con la propensión a la psicosis.

Por lo tanto, los pacientes con TLP al igual que los PEP, pueden representar una población importante para entender los procesos cognitivos asociados con la formación del delirio, de las alucinaciones auditivas y síntomas psicóticos en general (positivos, negativos...).

También creemos que es muy útil la investigación en nuestro estudio del apego y su asociación con fenómenos psicóticos en una muestra no clínica, ya que los fenómenos psicóticos se encuentran en un continuo con experiencias normales (Berry et al., 2006). Además, los efectos de confusión del tratamiento de la psicosis o las consecuencias del diagnóstico están ausentes en muestras no clínicas (Tiliopoulos & Goodall, 2009).

En tercer lugar, las diferencias existentes entre los instrumentos de evaluación empleados en los estudios que abordan este tema, como en este caso los *cuestionarios autoaplicados ECR-R y CAPE*, dificultan las comparaciones entre estudios y la integración de los hallazgos. Por ejemplo, los autoinformes generalmente son susceptibles de sesgo de “deseabilidad social”, esto quiere decir, que el individuo que se somete a un experimento tiene la necesidad de quedar bien con el experimentador, hacer lo que se supone que se espera que haga o favorecer en alguna manera a que se dé el resultado experimental que se quiere, como puede

ser el caso del ECR-R y CAPE utilizados en nuestro estudio. Este hecho se ha observado en algún estudio, demostrándose que en las muestras clínicas las medidas de autoinforme se asociaban con la notificación de menos síntomas psiquiátricos que cuando se usaban medidas calificadas por observadores. Por ejemplo se encontró que esto es especialmente frecuente entre las personas con psicosis que tenían estilos de apego evitativo (Gumley, Taylor, et al., 2014a).

A pesar de este inconveniente, creemos que una de las fortalezas de nuestro estudio fue el uso de la escala CAPE. Este autoinforme se suele utilizar principalmente en población vulnerable a la psicosis. Su objetivo es el de evaluar los síntomas psicóticos subclínicos en muestras no clínicas. Aún así, esta escala ha demostrado ser fiable no sólo para reportar síntomas psicóticos a niveles subclínicos, sino también en muestras clínicas (Fonseca-pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2012; Steffen Moritz et al., 2013) tal y como hemos hecho en esta investigación.

Capítulo VIII. Conclusiones

1. Los TLP y PEP obtuvieron puntuaciones más altas que los controles en las dimensiones de apego adulto inseguro ansioso y evitativo.

2. En la muestra total el apego seguro fue la categoría de apego más frecuente.

El grupo control fue el que obtuvo el mayor porcentaje de este tipo de apego en comparación con los PEP y TLP.

Después del apego seguro, el apego temeroso fue la categoría más frecuente en la muestra general. Este tipo de apego mostró mayores valores en los dos grupos de pacientes (TLP en primer lugar y PEP en segundo) al compararlos con los obtenidos por el grupo control.

3. Los pacientes del grupo de PEP presentaron speech illusion con mayor frecuencia, seguidos de los TLP y por último de los controles. Las diferencias entre los PEP y los controles fueron estadísticamente significativas.

4. Un 20.14% de la muestra total exhibió un sesgo de JTC. Se dio una mayor frecuencia a la hora de experimentar JTC en el grupo de PEP, en comparación con los controles y el grupo de TLP.

5. Los TLP obtuvieron medias más altas que los PEP en experiencias psicóticas negativas, depresivas y total. Y ambos grupos mostraron mayores valores que los controles.

En cuanto a los síntomas positivos, tanto los TLP como los PEP, presentaron mayor puntuación en comparación con el grupo control.

6. Nuestros hallazgos no apoyaron la relación entre el apego adulto inseguro y la experimentación de speech illusion en la muestra total, ni en los tres grupos por separado después de ajustar los resultados por sexo, edad y CI.
7. En relación a la influencia del apego adulto en JTC en la muestra total, las personas con un apego seguro, presentaban una menor tendencia a experimentar este fenómeno. En cambio, los que obtuvieron una mayor puntuación en la dimensión evitación y aquellos individuos con un apego rechazante, tenían más probabilidad de sufrir el sesgo de razonamiento JTC. Concretamente los PEP que presentaban un apego rechazante tenían una mayor probabilidad de experimentar JTC incluso tras ajustar los resultados por otras variables de confusión.
8. Con respecto a las dos dimensiones de apego adulto en la muestra total, cuanto mayor era el nivel de apego ansioso y/o evitativo, mayor era la tendencia a experimentar experiencias psicóticas de todo tipo (positivas, negativas, depresivas y cape total).
9. En cuanto a la influencia de las dimensiones de apego en los tres grupos por separado, en los tres casos observamos, que a mayor nivel de la dimensión ansiedad, mayor tendencia a experimentar síntomas psicóticos de todo tipo. Y en los grupos de controles y TLP, a mayor puntuación en la dimensión

evitación, mayor nivel de síntomas negativos, depresivos y CAPE total, no encontrándose asociación con los positivos.

10. Por otro lado, en las diferentes categorías de apego adulto, en la muestra total observamos que a mayor apego seguro y/o rechazante, menor era la tendencia a experimentar sintomatología psicótica. Por el contrario, a mayor apego temeroso esta tendencia a experimentar sintomatología psicótica, aumentaba significativamente.

11. Y por último, en relación a los tipos de apego en los tres grupos por separado se observó lo siguiente:

- Aquellos pacientes PEP que tenían un apego seguro, tenían menos síntomas positivos y menos CAPE TOTAL. Los TLP menos sintomatología depresiva. Y el grupo de controles menos experiencias psicóticas negativas, depresivas y CAPE total.
- El apego preocupado adulto, daba lugar a un mayor nivel de síntomas positivos en los PEP.
- En todos los grupos detectamos que un apego rechazante en la edad adulta, daba como resultado un menor nivel de experiencias psicóticas (positivas, negativas, depresivas y CAPE total).
- El hecho de tener un apego temeroso, daba lugar a una mayor tendencia a sufrir experiencias psicóticas en los tres grupos, excepto los síntomas positivos que se daban solo en los PEP y TLP.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, *77*(1), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-7962-x>
- Adachi, T., Koeda, T., Hirabayashi, S., Maeoka, Y., Shiota, M., Charles Wright, E., & Wada, A. (2004). The metaphor and sarcasm scenario test: A new instrument to help differentiate high functioning pervasive developmental disorder from attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain and Development*, *26*(5), 301–306. [https://doi.org/10.1016/S0387-7604\(03\)00170-0](https://doi.org/10.1016/S0387-7604(03)00170-0)
- Adshead, G., & Sarkar, J. (2012, May). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.006981>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aleman, A., Böcker, K. B. E., Hijman, R., de Haan, E. H. F., & Kahn, R. S. (2003). Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia: role of top-down information processing. *Schizophrenia Research*, *64*(2–3), 175–185. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14613682>
- 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*(1), 39–46. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006858>
- 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*(1), 45–63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- 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*(1), 9–13. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.1.9>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andreasen, N. C., & Olsen, S. (1982). Negative v Positive Schizophrenia: Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, *39*(7), 789–794. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070025006>
- 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. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Ascone, L., Schlier, B., Sundag, J., & Lincoln, T. M. (2019). Pathways from insecure attachment dimensions to paranoia: The mediating role of hyperactivating emotion regulation versus blaming others. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12208>
- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., & Bendall, S. (2018). Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111–1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>
- Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11(3), 223–263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>
- Balaratnasingama, S., & Janca, A. (2015, January 11). Normal personality, personality disorder and psychosis: current views and future perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000124>
- Balikçi, K., Aydin, O., Sönmez, İ., & Esen Danaci, A. (2018). The examination of the relationship between the blood oxytocin level and attachment styles among mothers of schizophrenia patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(6), 531–536. <https://doi.org/10.5455/apd.302642690>
- Balikçi, K., Aydin, O., Taş, C., & Esen Danaci, A. (2018). The effect of theory of mind capacities of mothers of patients with schizophrenia on the severity of the diseases. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 29(2). <https://doi.org/10.5080/u20568>
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: Relevance to DSM-5. *Schizophrenia Research*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.027>
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: A review. *Current Psychiatry Reports*. Curr Psychiatry Rep. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0107-9>
- Baron-Cohen, S. (1989). The Autistic Child's Theory of Mind: a Case of Specific Developmental Delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 285–297. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00241.x>
- Barrantes-Vidal, N., Grant, P., & Kwapil, T. R. (2015). The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41 Suppl 2, S408-16. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu191>
- 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 Press.
- Bartholomew, Kim, & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004, February 1). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*. Guilford Publications Inc. . <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- 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*(3), 477–493. <https://doi.org/10.1177/0013164497057003009>
- Bender, D. S., Farber, B. A., & Geller, J. D. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 29*(4), 551–563. <https://doi.org/10.1521/jaap.29.4.551.21545>
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. *Child Development, 65*(5), 1444–1456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00828.x>
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998, December). What is the role of dopamine in reward: Hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*. *Brain Res Brain Res Rev.* [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(98\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(98)00019-8)
- Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007b). Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*(4), 563–576. <https://doi.org/10.1348/147608307X188368>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review, 27*(4), 458–475. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 46*(12), 1275–1282. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2008.08.009>
- Berry, K., Varese, F., & Bucci, S. (2017). Cognitive Attachment Model of Voices: Evidence Base and Future Implications. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 111. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00111>
- Berry, K., Wearden, A., & Barrowclough, C. (2007). Adult attachment styles and psychosis: an investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(12), 972–976. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0261-5>
- Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006a). Attachment

- styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 707–718. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2006.03.009>
- Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C., Oakland, L., & Bradley, J. (2012). An investigation of adult attachment and the nature of relationships with voices. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 280–291. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02027.x>
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry*, 172(S33), 53–59. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297663>
- Blair, M. A., Nitzburg, G., DeRosse, P., & Karlsgodt, K. H. (2018). Relationship between executive function, attachment style, and psychotic like experiences in typically developing youth. *Schizophrenia Research*, 197, 428–433. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.026>
- Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The Structure of Negative Symptoms Within Schizophrenia: Implications for Assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238–245. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj013>
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Blyler, C. R., Gold, J. M., Iannone, V. N., & Buchanan, R. W. (2000). Short form of the WAIS-III for use with patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 46(2–3), 209–215. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11120433>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John. (1969). *Attachment and loss. (Vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John. (1973). *Attachment and loss. (Vol. 2)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John. (1980). *Attachment and loss. (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bozikas, V. P., & Andreou, C. (2011). Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(2), 93–108. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.541418>
- Bradley, J. M., & Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3(2), 200–221. <https://doi.org/10.1080/14616730110058016>
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 213–

225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.008>

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998b). Self-report measurement of adult attachment: An integrative review. In J. A. Simpson & S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.

Brennan, Kelly A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267–283.
<https://doi.org/10.1177/0146167295213008>

Bretherton, I., & Mundholland, K. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In P. R. S. J. Cassidy (Ed.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 102–127). New York: Guilford Press.

Broome, M. R., Johns, L. C., Valli, I., Woolley, J. B., Tabraham, P., Brett, C., McGuire, P. K. (2007). Delusion formation and reasoning biases in those at clinical high risk for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 191(SUPPL. 51), s38–s42.
<https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s38>

Brown, E. C., Tas, C., Can, H., Esen-Danaci, A., & Brüne, M. (2014). A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 25–32.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.001>

Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi002>

Buchy, L., Woodward, T. S., & Liotti, M. (2007). A cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) is associated with schizotypy. *Schizophrenia Research*, 90(1–3), 334–337.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.11.012>

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>

Carr, S. C., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018a). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 145–158.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.001>

Carver, C. S. (1997). Adult Attachment and Personality: Converging Evidence and a New Measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(8), 865–883.
<https://doi.org/10.1177/0146167297238007>

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.

Cassidy, Jude, Shaver, P. R., Mikulincer, M., & Lavy, S. (2009). Experimentally induced security influences responses to psychological pain. *Journal of*

Social and Clinical Psychology, 28(4), 463–478.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.4.463>

- Catalan, A., Simons, C. J. P., Bustamante, S., Drukker, M., Madrazo, A., Gonzalez de Artaza, M. G., ... Gonzalez-Torres, M. A. (2014). Novel evidence hat attributing affectively salient signal to random noise is associated with psychosis. *PLoS ONE*, 9(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102520>
- Catalan, A., Simons, C. J. P., Bustamante, S., Olazabal, N., Ruiz, E., Gonzalez de Artaza, M., ... Gonzalez-Torres, M. A. (2015). Data Gathering Bias: Trait Vulnerability to Psychotic Symptoms? *PloS One*, 10(7), e0132442.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132442>
- Cicero, D. C., Becker, T. M., Martin, E. A., Docherty, A. R., & Kerns, J. G. (2013). The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences. *Personality Disorders*, 4(1), 33–42.
<https://doi.org/10.1037/a0027361>
- Claridge, G. (Ed.). (1997). *Schizotypy: Implications for Illness and Health Edited by Bibliographic Information Publisher: Print Publ Print*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198523536.001.0001>
- Colbert, S. M., Peters, E., & Garety, P. (2010). Jumping to conclusions and perceptions in early psychosis: Relationship with delusional beliefs. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(4), 422–440.
<https://doi.org/10.1080/13546800903495684>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5–13.
[https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)
- Crittenden, P. M. (1997). Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. In *Assessment and intervention issues across the life span* (pp. 35–76). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1997-08881-002>
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, 280(6207), 66–68.
<https://doi.org/10.1136/bmj.280.6207.66>
- D’Agostino, A., Monti, M. R., & Starcevic, V. (2019, January 1). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: An update. *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000462>
- Del Barrio, M. (2002). *Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.

- Demjaha, A., Morgan, K., Morgan, C., Landau, S., Dean, K., Reichenberg, A., ... Dazzan, P. (2009). Combining dimensional and categorical representation of psychosis: The way forward for DSM-V and ICD-11? *Psychological Medicine*, *39*(12), 1943–1955. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990651>
- Diamond, L. M., & Hicks, A. M. (2005, August 30). Attachment style, current relationship security, and negative emotions: The mediating role of physiological regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*. Sage Publications/Sage CA: Thousand Oaks, CA. <https://doi.org/10.1177/0265407505054520>
- Dickinson, D., Ragland, J. D., Gold, J. M., & Gur, R. C. (2008). General and Specific Cognitive Deficits in Schizophrenia: Goliath Defeats David? *Biological Psychiatry*, *64*(9), 823–827. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.005>
- Dudley, R. E. J., John, C. H., Young, A. W., & Over, D. E. (1997). Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*(2), 243–258. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01410.x>
- Dudley, R., Shaftoe, D., Cavanagh, K., Spencer, H., Ormrod, J., Turkington, D., & Freeston, M. (2011). “Jumping to conclusions” in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *5*(1), 50–56. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00258.x>
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., & Hutton, P. (2016). Psychosis, Delusions and the “Jumping to Conclusions” Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(3), 652–665. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Epstein, K. A., & Kumra, S. (2014). Executive attention impairment in adolescents with schizophrenia who have used cannabis. *Schizophrenia Research*, *157*(1–3), 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.035>
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. S. & W. H. Berman (Ed.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). Guilford Press. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1994-98431-004>
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Espaxs, S.A.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, *16*(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, *62*(5), 891. <https://doi.org/10.2307/1131141>

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., & Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿síndrome de psicosis atenuada? *Papeles Del Psicologo*, 34(3), 190–207. Retrieved from moz-extension://6761a4e0-5a8b-4435-a007-1f2ea7e4af35/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F778%2F77828443004.pdf
- Fonseca-pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 169–176. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2012-25432-001>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132–154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. *Attachment Theory and Close Relationships*, 77–114. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1997-36873-003>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 331–347. <https://doi.org/10.1348/014466502760387461>
- Galdos, M., Simons, C., Fernandez-Rivas, A., Wichers, M., Peralta, C., Lataster, T., ... Van Os, J. (2011). Affectively salient meaning in random noise: A task sensitive to psychosis liability. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1179–1186. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq029>
- Garety, P., Joyce, E., Jolley, S., Emsley, R., Waller, H., Kuipers, E., ... Freeman, D. (2013). Neuropsychological functioning and jumping to conclusions in delusions. *Schizophrenia Research*, 150(2–3), 570–574. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.035>
- Gaweda, Ł., Moritz, S., & Kokoszka, A. (2012). Impaired discrimination between imagined and performed actions in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 195(1–2), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.035>
- Girón García, S., Rodríguez Ballesteros, R., & Sánchez Ariza, D. (2003). Trastornos de comportamiento de los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Psiquis*.
- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15, 239–257. [https://doi.org/10.1017.S0954579403000130](https://doi.org/10.1017/S0954579403000130)

- Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015, October 19). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*. Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Griffin, Dale, & Bartholomew, K. (1994). Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Griffin, Dw, & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1994-97997-001>
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Schwan, A. (1986). Capturing the wider view of attachment: A reanalysis of Ainsworth's strange situation. *Measuring Emotions in Infants and Children, Vol. 2.*, 124–171. Retrieved from https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=vHrCuqliNQ8C&oi=fnd&pg=PA124&dq=Grossmann,+Grossmann+y+Schwan+1986&ots=7MP_7I1_Z1&sig=V00yd6PCh2o3U2udYunGFriCFNA#v=onepage&q&f=false
- Guidano, V. F. (2004). Constructivist psychotherapy: A theoretical framework. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Ed.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp. 93–108). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10170-004>
- Gumley, A. I., Schwannauer, M., Macbeth, A., Fisher, R., Clark, S., Rattrie, L., ... Birchwood, M. (2014). Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 205(1), 60–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126722>
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014a). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257–274. <https://doi.org/10.1111/acps.12172>
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752–758. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752>
- Harder, S. (2014). Attachment in Schizophrenia--Implications for Research, Prevention, and Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1189–1193. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu133>
- Haro, J. M., Novick, D., Suarez, D., Ochoa, S., & Roca, M. (2008). Predictors of the course of illness in outpatients with schizophrenia: A prospective three year study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(5), 1287–1292. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.04.003>

- Hart, J. R., Venta, A., & Sharp, C. (2017). Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.002>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1–22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., ... Carpenter, W. (2013, October). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*. Schizophr Res. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Hoffman, R. E., Woods, S. W., Hawkins, K. A., Pittman, B., Tohen, M., Preda, A., ... McGlashan, T. H. (2007). Extracting spurious messages from noise and risk of schizophrenia-spectrum disorders in a prodromal population. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 191, 355–356. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.031195>
- Hugdahl, K. (2009). “Hearing voices”: auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(6), 553–560. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00775.x>
- Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach, second edition. The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach, Second Edition*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511576287>
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12505794>
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 341–345. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.341>
- Kirsh, S. J., & Mounts, J. R. W. (2007). Violent video game play impacts facial emotion recognition. *Aggressive Behavior*, 33(4), 353–358. <https://doi.org/10.1002/ab.20191>
- Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: A self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(1), 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00741.x>

- Kopald, B. E., Mirra, K. M., Egan, M. F., Weinberger, D. R., & Goldberg, T. E. (2012). Magnitude of impact of executive functioning and IQ on episodic memory in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, *71*(6), 545–551. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.11.021>
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. M. (2015a). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*, *228*(1), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.018>
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2014b). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *87*(2), 127–154. <https://doi.org/10.1111/papt.12010>
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago Medical Book Co., Chicago.
- Kretschmer, E. (1925). *Physique and Character*. Harcourt, Brace.
- Kwapil, T. R., Barrantes-Vidal, N., & Silvia, P. J. (2007). The Dimensional Structure of the Wisconsin Schizotypy Scales: Factor Identification and Construct Validity. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 444–457. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm098>
- Kwapil, Thomas R., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Schizotypy: Looking back and moving forward. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 41, pp. S366–S373). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu186>
- Lahera, G., Freund, N., & Sáiz-Ruiz, J. (2012). Salience and dysregulation of the dopaminergic system. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *6*(1), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.05.003>
- Langdon, R., Still, M., Connors, M. H., Ward, P. B., & Catts, S. V. (2014). Jumping to delusions in early psychosis. *Cognitive Neuropsychiatry*, *19*(3), 241–256. <https://doi.org/10.1080/13546805.2013.854198>
- Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., & Berry, K. (2020). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, *59*(1), 39–65. <https://doi.org/10.1111/bjc.12231>
- Lemos, S., Inda, M., López, A. M., Paño, M., & Besteiro, J. L. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema*, *11*(3), 447–494. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1999-03750-001>
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Exner, C., Lindenmeyer, J., & Rief, W. (2010). Attributional style and persecutory delusions. Evidence for an event independent and state specific external-personal attribution bias for social situations. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 297–302. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9284-4>
- Linscott, R. J., van Os, J., Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Böcker, K. B. E., De Haan, E.

- H. F., ... Harrison, G. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(06), 1133–1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Linscott, Richard J., & Van Os, J. (2010, April 27). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: Evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology*. *Annu Rev Clin Psychol*. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153506>
- Liotti, G. (1995). Disorganized Disoriented Attachment in the Psychotherapy of the Dissociative Disorders. In & J. K. S. Goldberg, R. Muir (Ed.), *Attachment Theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 355–376). Analytic Press, Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203728017-20>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobovitz, D. (1999). Attachments disorganization: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory and Research* (pp. 520–554). New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, K. (2006, September). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*. Taylor & Francis Group . <https://doi.org/10.1080/07351690701310656>
- Lyons-Ruth K., & J. D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood. In C. J. & S. P. (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd ed., pp.)*. (pp. 667–695). New York: Guilford Press.
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., & Fisher, R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 42–57. <https://doi.org/10.1348/147608310X530246>
- MacBeth, A., Schwannauer, M., & Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(1), 79–93. <https://doi.org/10.1348/147608307X246156>
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237–243. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.237>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton; M. W. Yogman (Ed.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1986-97821-005>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In & C. E.

- M. Greenberg M. T., Cicchetti D. (Ed.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, Mary, Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66.
<https://doi.org/10.2307/3333827>
- Main, Mary, & Weston, D. R. (1981). The Quality of the Toddler's Relationship to Mother and to Father: Related to Conflict Behavior and the Readiness to Establish New Relationships. *Child Development*, 52(3), 932.
<https://doi.org/10.2307/1129097>
- Mathews, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Ruggeri, M., Kuipers, E., & Valmaggia, L. (2016). Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 142–149.
<https://doi.org/10.1017/S2045796014000730>
- Mazza, M., De Risio, A., Surian, L., Roncone, R., & Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 47(2–3), 299–308. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00157-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00157-2)
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008, November). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*. *Epidemiol Rev.* <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol*, 17, 827–838.
- 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(4), 1000–1011.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.026>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371–389.
<https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.371.19200>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. The Guilford Press.
- Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, T., & Hell, D. (2003). Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2202–2208.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2202>
- Montagne, B., Kessels, R. P. C., De Haan, E. H. F., & Perrett, D. I. (2007). The emotion

- recognition task: A paradigm to measure the perception of facial emotional expressions at different intensities. *Perceptual and Motor Skills*, 104(2), 589–598. <https://doi.org/10.2466/PMS.104.2.589-598>
- Moritz, S., Woodward, T. S., Jelinek, L., & Klinge, R. (2008). Memory and metamemory in schizophrenia: A liberal acceptance account of psychosis. *Psychological Medicine*, 38(6), 825–832. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002553>
- Moritz, Steffen, Bentall, R. P., Kolbeck, K., & Roesch-Ely, D. (2018). Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 193, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.057>
- Moritz, Steffen, Schilling, L., Wingenfeld, K., Köther, U., Wittekind, C., Terfehr, K., & Spitzer, C. (2011a). Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.003>
- Moritz, Steffen, Van Quaquebeke, N., & Lincoln, T. M. (2012). Jumping to Conclusions Is Associated with Paranoia but Not General Suspiciousness: A Comparison of Two Versions of the Probabilistic Reasoning Paradigm. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2012/384039>
- Moritz, Steffen, Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., ... Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1–3), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.007>
- Moritz, Steffen, & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 44(Pt 2), 193–207. <https://doi.org/10.1348/014466505X35678>
- Moritz, Steffen, & Woodward, T. S. (2006, June). Metacognitive control over false memories: A key determinant of delusional thinking. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0022-2>
- Mortimer, A. M., Bentham, P., McKay, A. P., Quemada, I., Clare, L., Eastwood, N., & McKenna, P. J. (1996). Delusions in schizophrenia: A phenomenological and psychological exploration. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1(4), 289–304. <https://doi.org/10.1080/135468096396451>
- Nuevo, R., Van Os, J., Arango, C., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2013). Evidence for the early clinical relevance of hallucinatory-delusional states in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 482–493. <https://doi.org/10.1111/acps.12010>
- Obegi, J. H., Morrison, T. L., & Shaver, P. R. (2004). Exploring intergenerational transmission of attachment style in young female adults and their mothers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(5), 625–638. <https://doi.org/10.1177/0265407504045891>

- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y de Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 4, 65–81.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Pearce, J., Simpson, J., Berry, K., Bucci, S., Moskowitz, A., & Varese, F. (2017). Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1304–1312. <https://doi.org/10.1002/cpp.2100>
- Pena-Garijo, J., & Monfort-Escrig, C. (2021). The centrality of secure attachment within an interacting network of symptoms, cognition, and attachment dimensions in persons with schizophrenia-spectrum disorders: A preliminary study. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.002>
- Penn, D., Roberts, D. L., Munt, E. D., Silverstein, E., Jones, N., & Sheitman, B. (2005, December 15). A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia [1]. *Schizophrenia Research*. Schizophr Res. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.011>
- Phillips, L. D., & Edwards, W. (1966). Conservatism in a simple probability inference task. *Journal of Experimental Psychology*, 72(3), 346–354. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5968681>
- Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1212–1224. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.11.016>
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 144–152. <https://doi.org/10.1521/pedi.1988.2.2.144>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Perkins, D. O., & Lieberman, J. (2003, May). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. Am J Psychiatry. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.815>
- Ponizovsky, A. M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 324–331. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.324>
- Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I., & Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(2), 164–182. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x>

- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry*, 110, 1167–1171.
- Randjbar, S., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Hottenrott, B., & Moritz, S. (2011). Attributional biases in paranoid schizophrenia: Further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia. *Psychosis*, 3(1), 74–85. <https://doi.org/10.1080/17522431003717675>
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419–432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006>
- Reininghaus, U., Priebe, S., & Bentall, R. P. (2013). Testing the Psychopathology of Psychosis: Evidence for a General Psychosis Dimension. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 884–895. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr182>
- Reininghaus, Ulrich, Kempton, M. J., Valmaggia, L., Craig, T. K. J., Garety, P., Onyejiaka, A., ... Morgan, C. (2016). Stress sensitivity, aberrant salience, and threat anticipation in early psychosis: An experience sampling study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 712–722. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv190>
- Rimvall, M. K., Clemmensen, L., Munkholm, A., Rask, C. U., Larsen, J. T., Skovgaard, A. M., ... Jeppesen, P. (2016). Introducing the White Noise Task in Childhood: Associations Between Speech Illusions and Psychosis Vulnerability. *Psychological Medicine, in Review*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001112>
- Erazo, R. (2010). Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(5), 684–695. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70589-7](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70589-7)
- Rokita, K. I., Dauvermann, M. R., & Donohoe, G. (2018, September 1). Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: A systematic review. *European Psychiatry*. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.006>
- Ros-Morente, A., Vilagra-Ruiz, R., Rodriguez-Hansen, G., Wigman, J. H., & Barrantes-Vidal, N. (2011). Process of adaptation to Spanish of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(2), 95–105. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21404148/>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>
- Ruiz-Ruiz, J. C., García-Ferrer, S., & Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *APUNTES DE PSICOLOGÍA*, 24(1–3), 137–155. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/28185912_La_relevancia_de_la_cognicion_social_en_la_esquizofrenia

- Sanford, K. (1997). Two Dimensions of Adult Attachment: Further Validation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(1), 133–143. <https://doi.org/10.1177/0265407597141008>
- Sanford, N., Lecomte, T., Leclerc, C., Wykes, T., & Woodward, T. S. (2013, June). Change in jumping to conclusions linked to change in delusions in early psychosis. *Schizophrenia Research*. Schizophr Res. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.042>
- Sastre-Buades, A., Ochoa, S., Lorente-Rovira, E., Barajas, A., Grasa, E., López-Carrilero, R., ... Vilellas, R. (2021). Jumping to conclusions and suicidal behavior in depression and psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 514–520. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.024>
- Schenkel, L. S., & Silverstein, S. M. (2004). Dimensions of premorbid functioning in schizophrenia: A review of neuromotor, cognitive, social, and behavioral domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130(3), 241–272. <https://doi.org/10.3200/MONO.130.3.241-272>
- Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., & Silverstein, S. M. (2005). Poor premorbid social functioning and theory of mind deficit in schizophrenia: Evidence of reduced context processing? *Journal of Psychiatric Research*, 39(5), 499–508. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.01.001>
- Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013, January). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: Prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*. Curr Opin Psychiatry. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835a2ae7>
- Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7(1), 25–43. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00002.x>
- Sheinbaum, T., Bedoya, E., Ros-Morente, A., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2013). Association between attachment prototypes and schizotypy dimensions in two independent non-clinical samples of Spanish and American young adults. *Psychiatry Research*, 210(2), 408–413. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.020>
- Silk, K. R. (2015). Management and Effectiveness of Psychopharmacology in Emotionally Unstable and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(04), e524–e525. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09534>
- Simpson, Jeffrey 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(3), 434–446. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Sitko, K., Varese, F., Sellwood, W., Hammond, A., & Bentall, R. (2016). The dynamics of attachment insecurity and paranoid thoughts: An experience sampling study. *Psychiatry Research*, 246, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.057>

- Slotema, C. W., Daalman, K., Blom, J. D., Diederer, K. M., Hoek, H. W., & Sommer, I. E. C. (2012). Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 42(9), 1873–1878. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000165>
- So, S. H.-W., Freeman, D., & Garety, P. (2008). Impact of state anxiety on the jumping to conclusions delusion bias. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(10), 879–886. <https://doi.org/10.1080/00048670802345466>
- Sommer, I. E. C., Daalman, K., Rietkerk, T., Diederer, K. M., Bakker, S., Wijkstra, J., & Boks, M. P. M. (2010). Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 633–641. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn130>
- Speechley, W. J., Whitman, J. C., & Woodward, T. S. (2010). The contribution of hypersalience to the “jumping to conclusions” bias associated with delusions in schizophrenia. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 35(1), 7–17. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2799500&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP. (n.d.).
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347–358. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866327>
- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., ... Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77–91. <https://doi.org/10.1348/147608302169562>
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.
- Stip, E., & Letourneau, G. (2009a). Normality and Pathology. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(3).
- Stip, E., & Letourneau, G. (2009b). Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*. Canadian Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1177/070674370905400302>
- Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1–3), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011>
- Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: The madras longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 564–569. <https://doi.org/10.1177/070674370404900808>

- Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2009). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.017>
- Trevarthen, C. (2010). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The Perceived Self* (pp. 121–173). New York: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511664007.009>
- Vallina Fernández, O. (2003). Los Orígenes De La Cronicidad: Intervenciones Iniciales En Psicosis. *Boletín de La Asociación Madrileña de Rehabilitación ...*, 15–27. Retrieved from <http://www.psicodoc.org/edoc/79887.pdf>
- Van't Wout, M., Aleman, A., Kessels, R. P. C., Larøi, F., & Kahn, R. S. (2004). Emotional processing in a non-clinical psychosis-prone sample. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.09.006>
- van Bussel, E. M. M., Nguyen, N. H. M., Wierdsma, A. I., van Aken, B. C., Willems, I. E. M. G., & Mulder, C. L. (2021). Adult Attachment and Personal, Social, and Symptomatic Recovery From Psychosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 144. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.641642>
- Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Data gathering: Biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 341–351. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj021>
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–249. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- 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(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Van Os, Jim. (2009, February). A salience dysregulation syndrome. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054254>
- van Os, Jim, & Kapur, S. (2009, August 28). Schizophrenia. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)
- Van Os, Jim, Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010, November 11). The environment and schizophrenia. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Van Os, Jim, & Reininghaus, U. (2016a). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118–124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
- Vauth, R., Rüsçh, N., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2004). Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational

- functioning in schizophrenia? *Psychiatry Research*, 128(2), 155–165.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.018>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. (& E. S. M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, Ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and Assessing Individual Differences in Attachment Relationships: Q-Methodology and the Organization of Behavior in Infancy and Early Childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 41. <https://doi.org/10.2307/3333826>
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065–1085.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1065>
- Wickham, S., Sitko, K., & Bentall, R. P. (2015). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: the mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*, 45(07), 1495–1507.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002633>
- 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(2), 231–260. <https://doi.org/10.1521/jscp.1996.15.2.231>
- Winton-Brown, T. T., Fusar-Poli, P., Ungless, M. A., & Howes, O. D. (2014). Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends in Neurosciences*, 37(2), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.11.003>
- Woodward, N. D., Duffy, B., & Karbasforoushan, H. (2013). Prefrontal cortex activity during response selection predicts processing speed impairment in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(7), 782–791. <https://doi.org/10.1017/S1355617713000532>
- Yung, Alison R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B. A., ... McGlashan, T. H. (2012, November 1). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs108>
- Yung, Allison R., & McGorry, P. O. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353–370. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>

ANEXOS

Anexo I. Versión abreviada del WAIS-III

Versión abreviada del WAIS-III

ESTUDIO:	Fecha de nacimiento:
Código del sujeto:	
Tiempo de evaluación: presente	Periodo – Réplica:
Entrevistador:	Fecha:

La versión breve del WAIS consiste en los siguientes subtests:

- (i) Clave de números: Codificación -- Completo
- (ii) Aritmética – Sólo los ítems impares
- (iii) Cubos – Sólo los ítems impares
- (iv) Información – Cada tres ítems (6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27)

Instrucciones para puntuar

Para calcular el CI, por favor, sigue las siguientes instrucciones:

- Calcular las puntuaciones directas:
- Transformar la puntuación de las escalas (por subtest), considerando la edad.
- Calcular la suma de las puntuaciones de las 4 escalas.
- Suma de las puntuaciones * 11/4 (=2.75) => puntuación estimada total del WAIS
- Transformación del CI-estimado

(i) Clave de números	Puntuación directa total (0- 133)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Puntuación escalar (0-19)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
(ii) Aritmética	Puntuación directa (0-22)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Puntuación escalar (0	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
(iii) Cubos	Puntuación directa (0-68)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Puntuación escalar (0	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
(iv) Información	Puntuación directa (0-28)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Puntuación escalar (0	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
WAIS-Total:	Suma de las puntuaciones de las escalas (0-76)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Puntuación de la suma escalar estimada (11/4* suma de la puntuación escalar)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Estimación total del IQ (0-155):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Versión abreviada del WAIS-III

Instrucciones evaluador:

Clave de números - Administrar de acuerdo con el procedimiento Standard en el manual del WAIS-III.

Aritmética - La administración comienza con el ítem 5 y continúa con los ítems impares siguientes (ej., 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Si se obtiene una puntuación perfecta en el ítem 5, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar de las puntuaciones del ítem 5 al 19; (b) multiplicar esta suma por 2; y (c) añadir 4 puntos por los primeros 4 que no han sido administrados. Si se falla en el ítem 5, establecer una puntuación basal del modo habitual, esto es, administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 4. Finalizar tras dos fallos consecutivos.

Cubos - La administración comienza con el ítem 5 y continúa con los ítems impares siguientes (ej., 5, 7, 9, 11, 13). Si se obtiene la máxima puntuación en el ítem 5, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar de las puntuaciones del ítem 5 al 13; (b) multiplicar esta suma por 2; y (c) añadir 8 puntos de los ítems 1 a 4 que no hayan sido administrados. Si el ítem 5 tiene una puntuación de 0 o 1, establecer una puntuación basal del modo habitual administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 8. Finalizar tras 2 fallos consecutivos.

Información - La administración comienza en el ítem 6 y continúa con cada tercer ítem siguiente (6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27). Si se obtiene la máxima puntuación en el ítem 6, la puntuación de la subescala está determinada de la siguiente forma: (a) sumar las puntuaciones del ítem 6 al 27; (b) multiplicar esta suma por 3; y (c) añadir 4 puntos por los primeros 4 que no han sido administrados. Si se falla en el ítem 6, establecer una puntuación basal de la forma habitual administrando los ítems del 1 al 4 en orden inverso hasta conseguir dos puntuaciones consecutivas bien realizadas. Sustituir el número de puntos ganados sobre los ítems de la puntuación basal (c), si es inferior a 4. Finalizar tras 2 fallos consecutivos.

Hoja de respuestas del WAIS-III (versión abreviada)

ESTUDIO:	Fecha de nacimiento:
Número de sujeto: _____	____
Tiempo de evaluación: presente	Periodo – Réplica: __ __
Entrevistador:	Fecha: ____

1. Clave de números

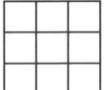
Tiempo límite	120 segundos
Tiempo empleado	
Puntuación directa	(Máximo =133)

2. Aritmética

Start
→

Problema	Tpo límite (segundos)	Tpo de ejecución en segundos	Respuesta correcta	Respuesta	Puntuación (0 o 1)
1	15		3		
2	15		7		
3	15		5		
4	15		2		
5	15		9		
7	30		150		
9	30		8		
11	30		10.5		
13	60		83		
15	60		750		
17	60		13		
19	60		1/4		0 1 (11-60s) 2 (1-10s)
				Puntuación total directa	

3. Cubos

Dibujo	Tpo o Límite	Dibujo Incorrecto	Tiempo empleado en segundos	Dibujo Correcto	Puntuación (rodar)
1. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 Intento 1 1 2
2. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 Intento 1 1 2
3. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 Intento 1 1 2
4. 	30"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 Intento 1 1 2
5.  Start	60"	Intento 1  Intento 2 		Sí No	0 Intento 2 Intento 1 1 2
7. 	60"			Sí No	0 16"-60" 11"-15" 6"-10" 1"-5" 4 5 6 7
9. 	60"			Sí No	0 21"-60" 16"-20" 11"-15" 1"-10" 4 5 6 7
11. 	120"			Sí No	0 66"-120" 46"-65" 31"-45" 1"-30" 4 5 6 7
13. 	120"			Sí No	0 76"-120" 56"-75" 41"-55" 1"-40" 4 5 6 7

Entrevistador

Puntuación total directa

4. Información

Ítem	Elemento	Respuesta	Puntuación (0 o 1)
1	Sábado		
2	Edad		
3	Pelota		
4	Meses		
Inicio→ 6	Quijote		
9	Egipto		
12	Juegos olímpicos		
15	Agua		
18	Luna		
21	Génesis		
24	Carlomagno		
27	Habitantes de la Tierra		
Puntuación directa total			

Anexo II. ECR-S

ECR-S

En este apartado te presentamos un conjunto de afirmaciones sobre tus relaciones de pareja y/o amistad que hayas podido tener: pretendemos que nos cuentes **cómo describes las relaciones de pareja que hayas podido tener, NO SÓLO** lo que estás experimentado con tu **RELACIÓN ACTUAL**, si es que actualmente tienes pareja. Si nunca has tenido pareja puedes sustituir la palabra pareja por amigo/a.

Por favor, indica a continuación tu **grado de acuerdo o desacuerdo** con las diferentes frases, siendo **1 el MÁXIMO DESACUERDO** (es una afirmación que no te describe en absoluto) y **7 el MÁXIMO ACUERDO** (te ves totalmente identificado con la frase), siempre según tus experiencias personales.

Responde simplemente con **SINCERIDAD** y por favor, no dejes preguntas en blanco.

¡GRACIAS!

	Totalmente en desacuerdo							Totalmente de acuerdo						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Mi pareja me hace dudar de mi mismo/a	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Prefiero no mostrar a una pareja mis posibles sentimientos de debilidad o flaqueza	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Me siento incómodo/a cuando una pareja quiere mucha cercanía e intimidad emocional	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. A veces las parejas con las que he estado cambian sus sentimientos hacia mí sin razón aparente	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Me resulta difícil permitirme a mí mismo/a depender de una pareja	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Me encuentro muy cómodo/a sintiéndome cercano/a emocionalmente a mi pareja	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Mi pareja sólo parece prestarme atención cuando estoy enfadado/a	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Me hace enfurecer no tener el afecto y apoyo que necesito de mi pareja	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Mi deseo de tener mucha cercanía e intimidad afectiva, a veces hace que algunos/as “salgan corriendo”	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Mis relaciones me generan mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Hablo las cosas con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Creo que mi(s) pareja(s) no quiere(n) el grado de cercanía e intimidad afectiva que a mí me gustaría tener	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Cuando muestro mis sentimientos a un/a chico/a, tengo miedo de	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

que no sienta lo mismo por mí							
14. Me preocupa que mi(s) pareja(s) no se preocupe(n) tanto por mí como yo hago por él/ella(s)	1	2	3	4	5	6	7
15. Me pongo nervioso/a cuando mis parejas se acercan o intiman emocionalmente demasiado conmigo	1	2	3	4	5	6	7
16. Me siento cómodo/a compartiendo mis pensamientos y sentimientos más personales con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
17. En momentos de necesidad, me ayuda poder contar con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
18. Me asusta que una vez que una pareja consiga conocerme, a él/ella no le guste cómo soy en realidad	1	2	3	4	5	6	7
19. Me preocupa no estar a la altura	1	2	3	4	5	6	7
20. Le cuento a mi pareja prácticamente todo	1	2	3	4	5	6	7
21. Me asusta que pueda llegar a perder el amor de mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
22. Prefiero no tener demasiada cercanía e intimidad emocional con mi(s) pareja(s)	1	2	3	4	5	6	7
23. Me siento cómodo/a dependiendo de mi(s) pareja(s)	1	2	3	4	5	6	7
24. Habitualmente comento mis problemas y preocupaciones con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
25. Mi pareja realmente me comprende y conoce mis necesidades	1	2	3	4	5	6	7
26. No me siento cómodo/a “abriendo mi corazón” a mi(s) pareja(s)	1	2	3	4	5	6	7
27. Es fácil para mí ser cariñoso/a con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
28. No me preocupa mucho que me dejen	1	2	3	4	5	6	7
29. Encuentro relativamente fácil tener mucha cercanía e intimidad afectiva con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
30. A menudo me inquieta que mi pareja no me ame realmente	1	2	3	4	5	6	7
31. Encuentro fácil depender de mi(s) pareja(s)	1	2	3	4	5	6	7
32. A menudo desearía que los sentimientos de mi pareja hacia mí fueran tan fuertes como mis sentimientos por él/ella	1	2	3	4	5	6	7
33. No es difícil para mí estar cercano/a afectivamente a mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
34. Rara vez me preocupa que mi pareja me deje	1	2	3	4	5	6	7
35. Cuando mi pareja no está a la vista, me preocupa que pueda llegar a estar interesado/a en alguien más	1	2	3	4	5	6	7
36. Me preocupo a menudo de que mi pareja no quiera estar conmigo	1	2	3	4	5	6	7

Anexo III. White Noise task

Hoja de respuestas del White Noise Task

ESTUDIO:	Fecha de nacimiento:
Código del sujeto: _____	_____
Intervalo de Tiempo: Presente	Periodo – Réplica _ _
Entrevistador:	Fecha: _ _
	Versión: _ _

	He oído:				
Número:	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
1	O1	O2	O3	O4	O5
2	O1	O2	O3	O4	O5
3	O1	O2	O3	O4	O5
4	O1	O2	O3	O4	O5
5	O1	O2	O3	O4	O5
6	O1	O2	O3	O4	O5
7	O1	O2	O3	O4	O5
8	O1	O2	O3	O4	O5
9	O1	O2	O3	O4	O5
10	O1	O2	O3	O4	O5
11	O1	O2	O3	O4	O5
12	O1	O2	O3	O4	O5
13	O1	O2	O3	O4	O5
14	O1	O2	O3	O4	O5
15	O1	O2	O3	O4	O5
16	O1	O2	O3	O4	O5
17	O1	O2	O3	O4	O5
18	O1	O2	O3	O4	O5
19	O1	O2	O3	O4	O5
20	O1	O2	O3	O4	O5
21	O1	O2	O3	O4	O5
22	O1	O2	O3	O4	O5
23	O1	O2	O3	O4	O5
24	O1	O2	O3	O4	O5
25	O1	O2	O3	O4	O5
He oído	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO

	He oído:				
Número:	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
26	O1	O2	O3	O4	O5
27	O1	O2	O3	O4	O5
28	O1	O2	O3	O4	O5
29	O1	O2	O3	O4	O5
30	O1	O2	O3	O4	O5
31	O1	O2	O3	O4	O5
32	O1	O2	O3	O4	O5
33	O1	O2	O3	O4	O5
34	O1	O2	O3	O4	O5
35	O1	O2	O3	O4	O5
36	O1	O2	O3	O4	O5
37	O1	O2	O3	O4	O5
38	O1	O2	O3	O4	O5
39	O1	O2	O3	O4	O5
40	O1	O2	O3	O4	O5
41	O1	O2	O3	O4	O5
42	O1	O2	O3	O4	O5
43	O1	O2	O3	O4	O5
44	O1	O2	O3	O4	O5
45	O1	O2	O3	O4	O5
46	O1	O2	O3	O4	O5
47	O1	O2	O3	O4	O5
48	O1	O2	O3	O4	O5
49	O1	O2	O3	O4	O5
50	O1	O2	O3	O4	O5
51	O1	O2	O3	O4	O5
52	O1	O2	O3	O4	O5
53	O1	O2	O3	O4	O5
54	O1	O2	O3	O4	O5
55	O1	O2	O3	O4	O5
56	O1	O2	O3	O4	O5
57	O1	O2	O3	O4	O5
58	O1	O2	O3	O4	O5
59	O1	O2	O3	O4	O5
60	O1	O2	O3	O4	O5

	He oído:				
Número:	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO
61	O1	O2	O3	O4	O5
62	O1	O2	O3	O4	O5
63	O1	O2	O3	O4	O5
64	O1	O2	O3	O4	O5
65	O1	O2	O3	O4	O5
66	O1	O2	O3	O4	O5
67	O1	O2	O3	O4	O5
68	O1	O2	O3	O4	O5
69	O1	O2	O3	O4	O5
70	O1	O2	O3	O4	O5
71	O1	O2	O3	O4	O5
72	O1	O2	O3	O4	O5
73	O1	O2	O3	O4	O5
74	O1	O2	O3	O4	O5
75	O1	O2	O3	O4	O5
He oído	Algo POSITIVO	Algo NEGATIVO	Algo NEUTRAL	NADA	NO ESTOY SEGURO

Anexo IV. Beads task

Instrucciones Tarea de Cuentas/Bolas – Participante

Instrucciones de la prueba:

En un momento vas a ver 2 frascos diferentes con bolas de colores:

- *Frasco A: con 60 bolas verdes y 40 bolas rojas*
- *Frasco B: con 60 bolas rojas y 40 bolas verdes*

El ordenador, ha elegido al azar uno de los frascos. Se extraerá una bola cada vez del frasco seleccionado y se te mostrará. Tu tarea consiste en decidir de qué frasco ha venido. Las bolas vendrán siempre del mismo frasco y después serán sustituidas, por lo que las proporciones continúan igual.

Puedes ver tantas bolas como necesites antes de tomar una decisión. Después de que una bola se te ha mostrado, puedes pedir otra bola o decir que ya sabes el frasco que ha sido elegido.

Primero vas a hacer un ejercicio de práctica y después comenzará la tarea real.

Durante el ejercicio, después de la Primera bola:

“Si quieres ver otra bola, presiona la tecla “z”, si crees que sabes la respuesta presiona la tecla “/”.

Durante el ejercicio, después de que el participante indique que ya ha visto suficientes bolas:

“Ahora tienes que indicar de qué frasco crees que han sido sacadas las bolas. Por favor, presiona la clave verde (“v”) si crees que vienen del frasco A y presiona la clave roja (“n”) si crees que vienen del frasco B”

Después del ejercicio de práctica:

“Esto ha sido el ejercicio de práctica, ahora comenzará la prueba real”.

Hoja de respuestas BEADS TASK

ESTUDIO: Código del sujeto:	Fecha de nacimiento:
Intervalo de Tiempo: Presente Entrevistador:	Periodo – Replica: Fecha:

El sujeto ha elegido: O₁ Frasco azul

O₂ Frasco rojo

Número de cuentas/bolas mostradas:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cuentas (1 – 20)

Anexo V. CAPE

CAPE

ESTUDIO: Sujeto número:	Fecha de nacimiento:
Intervalo de tiempo: a lo largo de toda su vida hasta el momento presente Entrevistador:	Período – Réplica:

Explicaciones sobre el cuestionario:

El cuestionario CAPE se ha diseñado para evaluar ciertos sentimientos, pensamientos y mentales vividas. Asumimos que estos sentimientos, pensamientos y experiencias mentales son mucho más comunes de lo que anteriormente se creía, y que mucha gente ha experimentado tales sentimientos, pensamientos y/o experiencias durante sus vidas.

Las siguientes páginas están divididas en Columna A y B. En la Columna A puedes indicar con qué frecuencia has experimentado ciertos sentimientos, pensamientos o experiencias mentales durante tu vida. Por favor, marca con una cruz la respuesta que más se adecue a tus vivencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

En caso de que hubiera periodos en los que hubieras experimentado con mayor intensidad ciertos sentimientos, pensamientos o experiencias mentales, por favor responde a las cuestiones teniendo en cuenta el momento de tu vida en el que esas experiencias eran más pronunciadas.

En las preguntas que respondas “nunca”, por favor pasa a la siguiente pregunta.

En las preguntas que respondas “algunas veces”, “a menudo” o “casi siempre”, por favor indica en la Columna B una de las alternativas que mejor describa el grado de molestia de esa experiencia.

Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has experimentado los siguientes sentimientos, pensamientos o experiencias mentales?	Por favor indica el grado de molestia ocasionado por esta experiencia							
	Columna A				Columna B			
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	No me molesta nada	Me molesta un poco	Es bastante molesto	Me molesta mucho
1. ¿Alguna vez se siente triste?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
2. ¿Alguna vez siente como si la gente le tirase indirectas o le dijera cosas con doble sentido?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
3. ¿Alguna vez siente que no es una persona muy animada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
4. ¿Alguna vez siente que no participa en las conversaciones cuando está charlando con otras personas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
5. ¿Alguna vez siente como si alguna noticia de la prensa, radio o televisión se refiriese o estuviese especialmente dirigida a Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
6. ¿Alguna vez siente como si alguna gente no es lo que parece?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
7. ¿Alguna vez siente como si le estuvieran persiguiendo de alguna forma?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
8. ¿Alguna vez siente que experimenta pocas o ninguna emoción ante situaciones importantes?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
9. ¿Alguna vez se siente totalmente pesimista?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
10. ¿Alguna vez siente como si hubiera un complot contra Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
11. ¿Alguna vez siente como si su destino fuera ser alguien muy importante?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
12. ¿Alguna vez siente como si no tuviera ningún futuro?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
13. ¿Alguna vez se siente como una persona muy especial o	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
14. ¿Alguna vez siente como si no quisiera vivir más?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
15. ¿Alguna vez piensa que la gente pueda comunicarse por telepatía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
16. ¿Alguna vez siente que no tiene interés en estar con otras personas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
17. ¿Alguna vez siente como si los aparatos eléctricos (ej.: ordenadores...) pudiesen influir en su forma de pensar?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
18. ¿Alguna vez siente que le falta motivación para realizar las	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
19. ¿Alguna vez llora por nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
20. ¿Cree en el poder de la brujería, de la magia o del ocultismo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
21. ¿Alguna vez siente que le falta energía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has experimentado los siguientes sentimientos, pensamientos o experiencias mentales?	Por favor indica el grado de molestia ocasionado por esta experiencia							
	Columna A				Columna B			
	Nunca	Algunas Veces	A menudo	Casi Siempre	No me molesta nada	Me molesta un poco	Es bastante molesto	Me molesta mucho
22. ¿Alguna vez siente que la gente le mira de forma extraña por su apariencia?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
23. ¿Alguna vez siente que su mente está vacía?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
24. ¿Alguna vez ha sentido como si le estuvieran sacando los pensamientos de su cabeza?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
25. ¿Alguna vez siente que se pasa los días sin hacer nada?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
26. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
27. ¿Alguna vez siente que sus sentimientos son poco intensos?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
28. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos tan intensos que le preocupó que otras personas pudieran oírlos?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
29. ¿Alguna vez siente que le falta espontaneidad?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
30. ¿Alguna vez siente como si sus pensamientos se repitieran en su mente como un eco?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
31. ¿Alguna vez siente como si estuviera bajo el control de alguna fuerza o poder externo a Ud.?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
32. ¿Alguna vez siente que sus emociones son poco intensas	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
33. ¿Alguna vez oye voces cuando está solo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
34. ¿Alguna vez oye voces hablando entre ellas cuando está solo?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
35. ¿Alguna vez siente que está descuidando su apariencia o cuidado personal?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
36. ¿Alguna vez siente que nunca consigue acabar las cosas?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
37. ¿Alguna vez siente que tiene pocas aficiones o hobbies?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
38. ¿Alguna vez se siente culpable?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
39. ¿Alguna vez se siente como un fracasado?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
40. ¿Alguna vez se siente en tensión?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
41. ¿Alguna vez siente como si algún miembro de su familia, amigo o conocido ha sido suplantado por un doble?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
42. ¿Alguna vez ve cosas, personas o animales que otra gente no puede ver?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

