

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA



Facultad de Medicina

Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física

**ANÁLISIS HISTÓRICO-CONCEPTUAL Y ESTUDIO DE
ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE
PERCEPCIONES ANÓMALAS DE CARDIFF (CAPS) EN UNA
POBLACIÓN ESPAÑOLA**

Tesis doctoral que presenta

Dña. María José Jaén Moreno

para la obtención del título de Doctor

Director

Prof. Dr. D. Rogelio Luque Luque

Co-Directora

Profa. Dra. Dña. María José Moreno Díaz

Córdoba 2013

TITULO: *Análisis histórico-conceptual y estudio de adaptación y validación de la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en una población española*

AUTOR: *María José Jaén Moreno*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2014
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es



TÍTULO DE LA TESIS: Análisis histórico-conceptual y estudio de adaptación y validación de la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en una población española.

DOCTORANDO/A: María José Jaén Moreno

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

La tesis doctoral titulada "Análisis histórico-conceptual y estudio de adaptación y validación de la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS)", ha sido realizada por Dña. María José Jaén Moreno bajo nuestra dirección, en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Radiología y Medicina Física de la Universidad de Córdoba. Esta tesis reúne los requisitos metodológicos, de diseño experimental y basamento bibliográfico necesarios para su presentación formal y para ser defendida ante el tribunal correspondiente y poder optar al grado de Doctor.

La presente tesis parte de los supuestos que establecen un continuum entre la normalidad y la patología mental y, se centra en la adaptación al español del único instrumento de medición existente que cuantifica y califica con rigor experiencias perceptivas anómalas en población general, la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS), que hasta el momento solo estaba disponible en su versión en inglés. El uso de este instrumento permite obtener resultados más precisos y fiables así como contribuir de esta forma a un mejor estudio de dichas experiencias. Su uso abre nuevas vías de investigación con el fin de buscar qué factores inciden en su presencia tales como personalidad, endofenotipos, distorsiones cognitivas, creencias..., y cómo sería posible esa transición desde la salud a la enfermedad psiquiátrica.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 18 de Septiembre de 2013

Firma del/de los director/es

Fdo.: Prof. Rogelio Luque Luque

Fdo.: Prfa. María José Moreno Díaz

Con mi gratitud y amor

para mama y papa.

Para Alberto, contigo soy capaz

de tocar el cielo.

AGRADECIMIENTOS

Desearía poder corresponder a todas las personas que de alguna manera contribuyeron a que esta tesis llegara a buen término. Aunque no aparezcan vuestros nombres, con total seguridad, estáis presentes en mi corazón.

A los directores de esta tesis Prof. Rogelio Luque y Profa. María José Moreno por guiarme con sus enseñanzas a lo largo de este largo camino, por motivarme hasta llegar a la meta y por infundirme calma cuando era necesario. Por toda vuestra ayuda y dedicación, gracias.

Al Prof. Antonio Medina León, Catedrático de Psiquiatría de Córdoba, por ser un maestro perseverante, por haberme apoyado en cada paso y por su buen hacer diario. Gracias por tener siempre un buen consejo para mí.

Al Prof. Rafael Lillo Roldán porque sin su ayuda para la corrección y en la recogida de datos hubiese sido más que imposible alcanzar nuestros objetivos.

También mi agradecimiento al Prof. Seoane que fue mi salvavidas al evitar que me ahogase en el inmenso mundo del análisis factorial. Por su cariño, su apoyo y su preocupación a lo largo de estos años.

Al Dr. Quinton Deely, Eamon Walsh y al Dr. Vaughan Bell por acompañarme y permitirme trabajar durante unos meses entre los muros de una gran institución como es el Institute of Psychiatry (King's College of London). Esa experiencia, extenuante en ocasiones, me ayudó a ser quien soy hoy, a saber lo que es luchar por algo que se quiere, como ha sido este proyecto, y por lo que les estaré eternamente agradecida. Gracias Ana Rita por cada momento compartido en Londres, y por tu apoyo siempre presente a pesar de que estemos lejos, estoy segura de que nuestra amistad será para siempre.

A mis compañeros y amigos de la residencia por su afecto y sostén en todo momento. A “las niñas”, Leonor, Ángela y Mai y a las “pequeñas” por vuestra ayuda y vuestra amistad, tan importante en los momentos difíciles. Sin duda una de las mejores cosas que me he llevado de la residencia ha sido conocerlos.

A Geli y Marta, porque habéis sido un puntal imprescindible en este mi nueva andadura profesional. Nunca dejaré de agradecer vuestra amistad, vuestra paciencia y capacidad de aguante. Gracias por todos los momentos en los que a pesar de la distancia he podido sentirlos a mi lado, siguiéndome de cerca a lo largo de éste camino.

A toda mi familia que me ha alentado de principio a fin en este proyecto. A mi madre, sin la que no estaría hoy escribiendo estos agradecimientos. Gracias por haberme acompañado en cada paso de este largo camino. Ahora que ya vemos el final también quiero compartir contigo mi alegría y felicidad. A mi padre, por su paciencia en las eternas tardes de corrección, gracias por tu presencia a mi lado dándome ánimo. A mi padrino, quien junto a mi madre me guían cada día en el universo de la Psiquiatría, porque junto a ti soy mejor persona y gran parte de lo que soy hoy es gracias a ti. A mi madrina, porque tú espiritualidad y amor me da paz en los momentos en los que las cosas se ponen difíciles. A Alberto, que me demuestra cada día la importancia, la fuerza de su presencia y su confianza; recorrer 2100 km para estar junto a mí en la carrera para alcanzar mis sueños es, sin lugar a dudas, un reflejo de su amor hacia mí. Gracias porque me has ayudado a darme cuenta de que puedo conseguir todo aquello que me proponga.

Por último, pero quizás lo más importantes, a los colaboradores y personas que componen el estudio que desinteresadamente prestaron su tiempo y su sinceridad, sin los que este proyecto no se habría hecho realidad.

Y a todos aquellos que en algún momento se pusieron en mi lugar haciendo el camino mucho más llevadero. A todos sinceramente, gracias.

María José Jaén, septiembre 2013.

ÍNDICE

REPASO CONCEPTUAL BILIOGRÁFICO.....	1
1. DE LA SENSO PERCEPCIÓN A LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA	3
1.1. Enfoque antropológico filosófico y cultural.....	3
1.2. Enfoque histórico.....	7
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS EXPERIENCIAS SENSO PERCEPTIVAS	13
2.1. Teoría de la Gestalt.....	13
2.2. Teoría ecológica perceptiva.....	15
2.3. Teorías cognitivas.....	17
2.4. Teorías psicofisiológicas.....	20
2.5. Teorías psicoanalíticas	24
3. FUNDAMENTOS Y CONTROVERSIAS DEL MODELO DE CONTINUUM.....	29
3.1. Normal y anormal. Salud y enfermedad.....	29
3.2. El modelo de continuum	32
3.2.1. La teoría del espectro esquizofrénico.....	33
3.2.2. Experiencias psicóticas en población general	40
3.3. Síndrome de síntomas psicóticos atenuados	49
4. MEDICIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PERCEPTIVAS ANÓMALAS EN POBLACIÓN GENERAL.....	53
4.1. Principales instrumentos utilizados en la medición de síntomas psicóticos en población general.....	53
4.2. Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff.....	57

JUSTIFICACIÓN	63
HIPÓTESIS	69
OBJETIVOS.....	73
MATERIAL Y MÉTODO.....	77
1. MATERIAL HUMANO.....	79
1.1. Muestra de población general (M1).....	79
1.2. Muestra de pacientes con esquizofrenia (M2).....	80
1.3. Muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (M3).....	81
2. MATERIAL TESTOLÓGICO	81
2.1. Instrumentos de evaluación comunes a las tres muestras	81
2.1.1. Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS).....	81
2.2. Instrumentos de evaluación de la muestra de Población General (M1)	82
2.2.1. Inventario de Ideas Delirantes de Peters de 21-Items (PDI-21)	82
2.2.2. Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS).....	83
2.2.3. Inventario Reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE-R) de 40 Ítems	83
2.3. Instrumentos de evaluación de la muestra de pacientes con esquizofrenia (M2).....	84
2.3.1. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)	84
2.4. Instrumentos de evaluación de la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (M3).....	85
2.4.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad	85

2.4.2.	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).....	85
2.4.3.	Cuestionario de Preocupación PSWQ.....	86
3.	MÉTODO.....	87
3.1.	Traducción.....	87
3.2.	Estadístico.....	87
	RESULTADOS.....	91
1.	RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	93
1.1.	Resultados descriptivos de variables sociodemográficas.....	93
1.1.1.	Muestra de población general (M1).....	93
1.1.1.1.	Género.....	93
1.1.1.2.	Edad.....	93
1.1.1.3.	Estado civil y nivel de estudios.....	94
1.1.1.4.	Antecedentes personales de sintomatología psiquiátrica (No psicótica).....	94
1.1.1.5.	Antecedentes familiares.....	94
1.1.2.	Muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (M2)	95
1.1.2.1.	Género.....	95
1.1.2.2.	Edad.....	95
1.1.2.3.	Estado civil y nivel de estudios.....	96
1.1.2.4.	Antecedentes familiares psiquiátricos.....	97
1.1.3.	Muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (M3).....	97

1.1.3.1. Género	97
1.1.3.2. Edad	97
1.1.3.3. Estado civil y nivel de estudios.....	98
1.1.3.4. Antecedentes familiares.....	99
1.1.4. Estadísticos descriptivos de las tres muestras interrelacionadas	
100	
1.1.4.1. Género	100
1.1.4.2. Edad	100
1.1.4.3. Estado civil y nivel de estudios.....	101
1.2. Resultados descriptivos de la Escala de Percepciones Anómalas de	
Cardiff (CAPS)	102
1.2.1. Muestra de población general (M1).....	102
1.2.1.1. Puntuación total y de las subescalas de perturbación,	
intrusión y frecuencia	102
1.2.1.2. Respuestas negativas/afirmativas de los diferentes ítems de	
la escala CAPS	103
1.2.1.3. Puntuaciones obtenidas en cada ítem para cada una de las	
subescalas	106
1.2.1.3.1. Perturbación.....	106
1.2.1.3.2. Intrusión.....	107
1.2.1.3.3. Frecuencia.....	107
1.2.2. Muestra de pacientes con esquizofrenia	108

1.2.2.1. Puntuación total y de las subescalas perturbación, intrusión y frecuencia	108
1.2.2.2. Respuestas afirmativas/negativas de los diferentes ítems de la escala CAPS para la muestra de pacientes con esquizofrenia.....	109
1.2.3. Muestra de pacientes con ansiedad	111
1.2.3.1. Puntuación total y de las subescalas perturbación, intrusión y frecuencia	111
1.2.3.2. Respuestas afirmativas/negativas de los diferentes ítems de la escala CAPS	112
1.2.4. Resultados de la CAPS para las tres muestra interrelacionadas	115
1.2.4.1. Puntuaciones obtenidas para la escala CAPS en las diferentes muestras	115
1.2.4.2. Porcentaje de respuestas afirmativas para cada ítem en las diferentes muestras	115
1.2.4.3. Puntuación para la subescala perturbación para cada una de las muestras	116
1.2.4.4. Puntuación para la subescala intrusión para cada una de las muestras	118
1.2.4.5. Puntuación para la subescala de frecuencia para cada una de las muestras	120
1.3. Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra de población general.....	122
1.3.1. Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS)..	122
1.3.2. Inventario reducido Oxford-Liverpool de sentimientos y experiencias (O-LIFE-R).....	122

1.3.3.	Escala de Ideas delirantes de Peters (PDI).....	123
1.3.4.	Resumen de las puntuaciones obtenidas para las escalas empleadas en población general	124
1.4.	Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra pacientes con esquizofrenia	125
1.4.1.	Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)	125
1.5.	Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad	126
1.5.1.	Puntuaciones totales: Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y Cuestionario de Preocupación (PSWQ-1)	126
1.5.2.	Puntuaciones de las escalas en función del diagnóstico	127
2.	VALIDACIÓN DE LA ESCALA CAPS.....	129
2.1.	Fiabilidad.....	129
2.1.1.	Alfa de Cronbach.....	129
2.2.	Test-retest.....	133
2.3.	Validez convergente-divergente	134
2.4.	Validez discriminante.....	135
2.4.1.	Muestra de población general y muestras clínicas	135
2.4.2.	Muestra población general y muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia.....	135
2.4.3.	Muestra de población general y muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad.....	136
2.5.	Validez de constructo	137

2.5.1. Análisis de componentes principales	137
2.5.2. Análisis factorial confirmatorio	142
3. PRUEBAS DE CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA CAPS Y LAS ESCALAS COMPLETADAS POR LAS MUESTRAS DE PACIENTES	146
3.1. Pruebas de correlación entre las escalas completadas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.....	146
3.2. Pruebas de correlación entre las escalas completadas por los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad.....	147
3.2.1. Para la muestra completa	147
3.2.2. En función del grupo diagnóstico al que pertenecen: Trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad con agorafobia.....	148
DISCUSIÓN.....	151
CONCLUSIONES.....	167
CONCLUSIONS.....	171
RESUMEN.....	175
ABSTRACT	181
BIBLIOGRAFÍA.....	187
ANEXOS	209
ANEXO 1. ESCALA DE PERCEPCIONES ANÓMALAS DE CARDIFF (CAPS)...	211
ANEXO 2. ESCALA REVISADA DE ALUCINACIONES DE LAUNAY-SLADE....	221
ANEXO 3. INVENTARIO DE IDEAS DELIRANTES DE PETERS	223
ANEXO 4. INVENTARIO REDUCIDO DE OXFORD-LIVERPOOL DE SENTIMIENTOS Y EXPERIENCIAS (O-LIFE-R)	227

ANEXO 5. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS)	231
ANEXO 6. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD	233
ANEXO 7: ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)	235
ANEXO 8. CUESTIONARIO DE PREOCUPACIÓN (PSWQ-11).....	237

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de síntomas pseudopsicóticos en población no-clínica.....	43
Tabla 2. Principales instrumentos de evaluación de síntomas psicóticos y experiencias relacionadas en población no clínica.....	55
Tabla 3. Instrumentos revisados para la creación de la CAPS.....	58
Tabla 4. Ítems que componen las escalas del Cuestionario O-LIFE-R para la versión de 40 ítems.....	84
Tabla 5. Tabla de frecuencias para el género en la muestra de población general.....	93
Tabla 6. Tabla de frecuencias para el estado civil en la muestra de población general.....	94
Tabla 7. Muestra de población general. Puntuación en la CAPS.....	102
Tabla 8. Distribución por frecuencia (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de población general.....	103
Tabla 9. Muestra de pacientes con esquizofrenia. Puntuación en la CAPS.....	108
Tabla 10. Distribución de frecuencias (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de pacientes con esquizofrenia.....	109
Tabla 11. Muestra de pacientes con trastorno de ansiedad. Puntuaciones en la escala CAPS.....	112
Tabla 12. Distribución de frecuencias (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad.....	112

Tabla 13. Puntuaciones obtenidas en la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff para las tres muestras.....	115
Tabla 14. Ítems respondidos afirmativamente en más del 45% para cada una de las muestras.....	116
Tabla 15. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable perturbación para cada una de las muestras.....	117
Tabla 16. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable Intrusión para cada una de las muestras.....	118
Tabla 17. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable frecuencia para cada una de las muestras.....	120
Tabla 18. Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS). Puntuaciones medias y desviación típica.....	122
Tabla 19. Puntuaciones del Inventario Reducido de Oxford-Liverpool de sentimientos y experiencias. Media (Desviación típica).....	122
Tabla 20. Puntuaciones de la Inventario de Ideas Delirantes de Peters (PDI-21). Media (Desviación típica).....	123
Tabla 21. Puntuaciones de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS). Media (Desviación típica).....	125
Tabla 22. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del género.....	126
Tabla 23. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del diagnóstico.....	127

Tabla 24. Matriz de correlaciones inter-ítems de la CAPS.....	130
Tabla 25. Estadísticos resumen de las correlaciones inter-elementos en la CAPS.....	131
Tabla 26. Estadísticos bivariantes obtenidos en la CAPS.....	131
Tabla 27. Correlación de Pearson para la prueba Test-retest en la CAPS.....	133
Tabla 28. Correlación entre la puntuación total de la CAPS y la PDI-21, las subescalas de O-LIFE-R y la RLSHS (con la transformación Z de Fisher's de la r de Pearson).....	134
Tabla 29. Resultado de la Prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes.....	135
Tabla 30. Resultado de la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes entre la muestra 1 y 2.....	136
Tabla 31. Resultado de la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes entre la muestra 1 y 3.....	136
Tabla 32. KMO y Esfericidad de Barlett para el Análisis de Componentes Principales.....	137
Tabla 33. Varianza total explicada. Método de extracción Análisis de Componentes Principales.....	138
Tabla 34. Pesos factoriales obtenidos tras el Análisis de Componentes Principales (rotación varimax).....	140
Tabla 35. Prueba KMO y de esfericidad de Bartlett para el análisis en 3 factores.....	141
Tabla 36. Distribución tras el análisis factorial confirmatorio de los ítems en cada uno de los factores y frecuencia de respuesta afirmativa para dichos ítems.....	142

Tabla 37. Correlaciones entre la CAPS (Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff) y las Escala BPRS (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica).....	146
Tabla 38. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad.....	147
Tabla 39. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.....	148
Tabla 40. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con agorafobia.....	149
Tabla 41. Resumen de las puntuaciones medias y desviación típica, obtenidas en la validación original y en el presente estudio.....	161
Tabla 42. Resumen de las puntuaciones obtenidas en el inventario de ideas delirantes de Peters (PDI-21) y la escala revisada de alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS) y nuestro estudio.....	163

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Caminos etiológicos del trastorno de personalidad esquizotípico.....	39
Figura 2. Modelo de predisposición a la psicosis-persistencia-deterioro.....	46
Figura 3. Grado de sensibilización y comienzo del trastorno psicótico.....	46
Figura 4. La psicosis como variación a lo largo de un continuum.....	47
Figura 5. Modelo teórico que explica el paso de la salud al trastorno psicótico.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la edad en la muestra de población general.....	93
Gráfico 2. Distribución de la edad en la muestra de pacientes con esquizofrenia.....	95
Gráfico 3. Distribución de la edad en función del género en la muestra de pacientes con esquizofrenia.....	96
Gráfico 4. Nivel de estudios en función del género en la muestra de pacientes con esquizofrenia (porcentaje).....	96
Gráfico 5. Distribución del género en función del diagnóstico en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (porcentaje).....	97

Gráfico 6. Distribución de la edad en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad.....	98
Gráfico 7. Estado civil en función del género en la muestra de pacientes trastorno de ansiedad (porcentaje).....	98
Gráfico 8. Nivel de estudios en función del género en la muestra de pacientes trastorno de ansiedad (porcentaje).....	99
Gráfico 9. Porcentaje de hombres y mujeres en cada una de las muestras.....	100
Gráfico 10. Edad media en cada una de las muestras a estudio.....	100
Gráfico 11. Estado civil en cada una de las muestras a estudio (porcentaje).....	101
Gráfico 12. Nivel de estudios para cada una de las muestras a estudio (porcentaje).....	101
Gráfico 13. Frecuencia de respuestas afirmativas en función del género para cada uno de los ítems de la escala CAPS en la muestra de población general.....	105
Gráfico 14. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala perturbación.....	106
Gráfico 15. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala intrusión.....	107
Gráfico 16. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala frecuencia.....	107
Gráfico 17. Frecuencia de distribución de la puntuación total de la CAPS para la muestra de población general y para la de esquizofrenia.....	111
Gráfico 18. Frecuencia de distribución de la puntuación total de la CAPS para la muestra de población general y la de trastorno de ansiedad.....	114

Gráfico 19. Frecuencia de respuestas afirmativas para cada uno de los ítems de la escala CAPS en las tres muestras.	115
Gráfico 20. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala perturbación.....	116
Gráfico 21. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala intrusión.....	118
Gráfico 22. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala frecuencia.....	120
Gráfico 23. Puntuaciones medias RLSHS.....	122
Gráfico 24. Puntuaciones totales de la Escala OLIFE-R para la muestra de población general.....	123
Gráfico 25. Puntuaciones totales del Inventario de Ideas Delirantes de Peters (PDI-21).....	124
Gráfico 26. Puntuaciones totales de las escalas cumplimentadas por la muestra de población general.....	124
Gráfico 27. Puntuaciones totales de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS).....	125
Gráfico 28. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad.....	127
Gráfico 29. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del diagnóstico.....	128
Gráfico 30. Gráfico de sedimentación para el análisis de componentes principales.....	139
Gráfico 31. Análisis factorial confirmatorio. Modelo ajustado a 3 factores.....	143

REPASO CONCEPTUAL BILIOGRÁFICO

1. DE LA SENSOPERCEPCIÓN A LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

1.1. Enfoque antropológico filosófico y cultural

Las sensopercepciones están modificadas, en su realidad sustancial, por las representaciones y por las imágenes mnésicas de otras percepciones. En suma, la percepción, con sus características intrínsecas, modifica la realidad. La realidad observada y sentida no es “solo la realidad ni toda la realidad”.

Descartes consideró con su célebre apotegma: “Solo se que pienso”, que la razón es la única que aporta certeza. Los sentidos y la percepción sustentada en ellos no proporcionan confiabilidad absoluta.

Para la filosofía de la intencionalidad¹, las percepciones normales y las patológicas como: alucinaciones, ilusiones, pseudoalucinaciones y pseudorepresentaciones, constituyen experiencias sensoriales que deben considerarse representaciones mentales; en el primer caso son verdaderas y, en el segundo, falsas, sin fundamento en los datos sensoriales sino en el “proceso mental patológico” de índole central. Con la asunción del paradigma de la conducta “observable”, tanto desde la psicología en general y de la experimental en particular, era lo único que podía ser analizado. El paso a la psicología como método explicativo ha supuesto una paulatina desfiguración de la persona, que ha pasado de ser un *ser* con vivencias que se desprenden de su transcurrir en el mundo de las experiencias significativas, a ser un organismo, sin pasado, que reacciona ante los estímulos circundantes.

Bajo la premisa de la científicidad, cada vez más experimental, se ha llegado a la renuncia de la subjetividad, cuando desde Husserl ésta era la verdadera esencia de su existencia. El ser humano, conjuga el estar-en-el-mundo mediante la existencia y ella es a la vez inmanente y trascendente, porque está atravesada por los tres éxtasis temporales (pasado, presente y futuro)².

Si la existencia es histórica, también es cultural ya que está ligada a la trascendencia de los hábitos, costumbres y creencias que devienen de la evolución de las ideas de cada época. Y en la medida en que nos encuadramos en un

determinado patrón cultural, así *vemos e interpretamos* el mundo en el que estamos inmersos. Esto es lo mismo que decir que, la realidad se *vive y vivencia* de forma distinta en cada etapa histórica³. De la misma manera la atribución que los demás dan a nuestras experiencias subjetivas, que se expresan mediante la conducta verificada, también reciben distintas connotaciones culturales y significantes. Para el tema que nos ocupa, sirva de ejemplo la distinta cualificación que las experiencias alucinatorias han tenido en el seno de la sociedad en cada época histórica (adivinos, profetas, endemoniados, alienados y enfermos).

Desde la óptica de la antropología de la existencia, la esencia de las experiencias, en este caso sensorceptivas, implica un análisis de toda la existencia de esa persona y solo puede ser comprendida en el contexto biográfico-histórico de dicha persona, aunque sí puede ser explicado desde una reducción eidética bajo una perspectiva fenomenológica. En esa reducción eidética, la alucinación destaca, desde el punto de vista de la vivencia de su experiencia por la extrañeza, que no irrealidad, que se impone en el mundo de la cotidianidad. Lo alucinado, sobresale de lo real que se comparte en la cohumanidad, y se va convirtiendo en un hecho sensorceptivo privado que solo concierne al que tiene y vive la experiencia alucinatoria⁴. Ello atañe a la diferencia significativa (que desarrolló Stranski) que existe en la persona entre sentir e intelegir lo que se siente, aunque ambas estén unidas en una superestructura única que es el quién de cada sujeto.

Las experiencias que se derivan de las sensorcepciones experimentadas entran en el campo de la vivencia y por lo tanto en la conjunción de la cognición y de los afectos. Es en esta conjunción de intelección y tinte afectivo, que se adentra en la configuración biográfica de la persona, donde se encuentra la antropología de los síntomas experienciales.

La naturaleza de los síntomas psicopatológicos ha constituido un problema epistemológico de primer orden de la semiología psiquiátrica. Con la adopción del modelo anatomoclínico el síntoma se consideró como epifenómeno de una realidad anatómica o fisiopatológica. La irrupción del psicoanálisis añadió a lo anterior aspectos biográficos y culturales, conformándose el síntoma como una metáfora necesitada de ser esclarecida por el sujeto que la recibe y el paciente que la formula⁵.

En la propia esencia del síntoma, hay que dilucidar qué proporción procede, si la hay, de disfunción cerebral, cuánto de problemas intrapsíquicos y cuánto de patoplastia cultural. La amalgama de todo ello es lo que recibe el explorador⁶.

La extrañeza en el enfermo de lo sensopercebido pertenece a la intimidad de lo subjetivo de la singular vivencia de la sensopercepción en el mundo del propio enfermo. Extrañeza o apropiación como real es un continuum que solo lo rompe el propio enfermo en su expresión a los demás.

Las experiencias sensoperceptivas se componen de tres elementos; la naturaleza de la experiencia, el significado personal de la experiencia y la narrativa de la experiencia. El primero es del dominio del psicopatólogo y es una disertación que podríamos calificar de genética en cuanto pretende cualificar el qué y el porqué la va a considerar el clínico como elemento de anormalidad. El segundo es el que se inserta en la conjunción biográfica del sujeto en su reflejo en el grupo social en el que está inmerso y en el núcleo de esa vivencia (de su tinte afectivo) depende el tono, forma, contenido y significación del tercer elemento: la narración que el sujeto va a realizar de esa experiencia propia.

El vaivén biológico de la psiquiatría, en su intento de operativización objetiva ha convertido el síntoma en una manifestación de la disfuncionalidad cerebral. Ello ha hecho que se pretenda hacer desaparecer la ancestral diferencia que existía entre síntoma y signo. En la medicina clásica se observaba la diferencia. El signo era la evidencia objetiva, provocada o no por la exploración de la enfermedad y el síntoma era la manifestación ambigua que se derivaba de la autopercepción y expresión del enfermo de su vivida anormalidad⁷. Sin embargo, y a pesar de esta deriva biologicista a ultranza, el síntoma psíquico sigue refiriéndose a una “percepción subjetiva”, una interpretación que elabora el enfermo de una serie de sensaciones perceptivas, afectivas o cognitivas. La modulación verbal o no verbal del síntoma en su fondo y en su forma responde a las necesidades de expresión del enfermo y se ha de enmarcar no solo en sus vivencias biográficas, sino también en su contexto cultural. Por todas estas premisas el continuum percepción a experiencia alucinatoria, ha de poner el énfasis en la experiencia perceptiva y no tanto en la alucinación.

Son indudables los problemas intrínsecos de definir la alucinación desde el punto de vista de la descripción fenoménica de una anormalidad sensorceptiva, pero el problema se agrava porque al ser síntoma que no signo, pertenece a la esfera de la privacidad del enfermo. Es una experiencia subjetiva. Y desde esta subjetividad experiencial es indistinguible de una percepción normal. Algo es percibido pero objetivamente no hay nada para percibir y, esto último, es “una disfuncionalidad” que solo depende de la respuesta social (familia) primero, y después, del observador médico. De ahí, que aún esté por aclarar si todas las sensorceptaciones falseadas son anormales.

1.2. Enfoque histórico

La alucinación, como experiencia, al igual que el delirio, han constituido unos elementos sintomáticos y semiológicos “princeps” en la concepción y definición de la alienación mental. En otras épocas, antes de su medicalización⁸, la experiencia alucinatoria se acercaba más a una sensopercepción especial de alto significado social, como la clarividencia o la posesión de dones de adivinaciones sobrenaturales; como si se tratase de una exacerbación divina de las capacidades de la sensopercepción. Existen dos casos paradigmáticos de estos problemas en la historia de la psiquiatría: el del librero alemán Christof Friedrich Nicolai (1799) que se relata en la obra de Brierre de Boismont (1852) y el de Berbiguier de Terre-Neuve du Thim, que se denominó “el flagelo de los duendes” y que describió Pinel en 1821⁹⁻¹¹.

Las peculiaridades que contiene la historia de la psiquiatría una vez más, se ven reflejadas en el tiempo que transcurrió, como relata Berrios, hasta que lo que se consideraba como entidad natural morbosa, ejemplar de la locura, pasa a ser un síntoma solo, por tanto, elemento constitutivo de la cadena patogénica de los síndromes alucinatorio-delirantes que podía recogerse o denotarse en muy diversas entidades clínicas nosográficas y que por lo tanto estaban desprovistas de valores etiológicos y patognomónicos para el diagnóstico nosotáxico¹¹.

Esquirol (1817) agrupó todos los fenómenos que hoy diferenciamos (ilusiones, representaciones, pareidolias, endolias, y proteidolias), bajo el nombre de *alucinación*⁸, considerando que eran simétricas y uniformes. Además, Esquirol (1838) sesgó su origen sensoperceptivo preferentemente a la visión, influenciado por las teorías de su maestro Pierre Laromiguiere, que subrayaba la actividad conjunta de la mente en la sensopercepción amén de otros actos mentales. Así dice: *“las alucinaciones de la vista [...] han sido llamadas visiones pero éste término sólo es el adecuado para una modalidad perceptual. ¿A quién le gustaría hablar de visiones auditivas, de gusto u olfatorias? [...] No obstante, las alteraciones funcionales, los mecanismos cerebrales y el contexto clínico que intervienen en estos tres sentidos son los mismos que en las visiones. Se necesita un término genérico. Propongo la palabra alucinación”*¹¹. Ello llevó, en el plano de la psicopatología genética, a la

interpretación de la alucinación como un fenómeno central, que desprecia el papel de los órganos de los sentidos porque estos no intervienen en el fenómeno alucinatorio. *En las alucinaciones no hay más sensación o percepción que en el sueño o el sonambulismo, cuando no hay ningún objeto externo que esté estimulando los sentidos [...] De hecho, la alucinación es un fenómeno cerebral o psicológico que ocurre independientemente de los sentidos*¹¹. La insistencia de Esquirol en el origen “central” de las alucinaciones fue para apartarse de las ideas “periferistas” que Hartley y otros popularizaron durante el siglo XVIII, y constituyó también un esfuerzo por “internalizar” el fenómeno, hacerlo parte del sistema psicológico y ponerlo bajo el dominio de la memoria y la imaginación. De esta manera era posible diferenciar las alucinaciones de las ilusiones sensoriales en las que existe una alteración periférica¹². La percepción es el acto final de un circuito nervioso que se inicia en cualquier receptor de los órganos de los sentidos y que llega a reconocimiento cognitivo en el córtex prefrontal y tinte emocional, en el córtex fronto-temporal, gracias a las conexiones límbico-talámicas. Sin embargo en la alucinación, como insistía Esquirol, todo el fenómeno es central con lo que este se internaliza y se convierte, por analogía, en un producto patológico que lo es por su propia esencia definidora. De ahí que para la constitución conceptual de las ilusiones nuestro autor reservara la definición de error sensorial con lo que hacía hincapié en el que objeto a percibir existe pero la interpretación frontocortical no se adapta, por distintos caminos, a la realidad del estímulo periférico. Estas dos derivas de la alucinación, la de la preferencia por las alucinaciones visuales y su diferenciación de los errores sensoriales, se complementa con el estudio microfenomenológico de todo un conjunto de fenómenos más elementales que tan solo pueden y así lo son hoy, denominadas “experiencias anormales”.

Parece evidente que todo lo anterior late en la definición apotegmática de la alucinación que nos da Esquirol “percepción sin objeto”, de la que por cierto, no hay constancia en la documentación escrita, pues parece que fue una enseñanza oral que recoge J. P. Falrret, en los *Annales Médico-Psychologiques*¹³, y al que se le atribuye la expresión aunque más tarde fue atribuida a Ball (1890)⁸.

Es Baillarger (1846) el que se adentra en las modalidades sensoriales de las alucinaciones haciendo notar la mayor frecuencia de las auditivas, la claridad de las

visuales y la dificultad para las exploraciones descriptivas de los componentes ilusorios de las olfativas y gustativas. Este autor es el primero en establecer las semejanzas existentes entre las alucinaciones y los pensamientos automáticos que se asocian a los estados de transición de la vigilia al sueño, hoy denominados hipnagógicos^{8, 11-13}.

El debate de 1855 que surgió de improviso en la *Société Médico-Psychologique* sobre la definición y teoría de las alucinaciones se extendió hasta 1856, en él no sólo participaron clínicos, sino también filósofos y hombres de letras¹¹. Se trataron tres temas: *“¿Se podrían considerar alguna vez las alucinaciones como experiencias “normales”? La sensación, la imagen y la alucinación, ¿formaban un continuum? ¿Eran estados similares las alucinaciones, los sueños y el trance estático?”*

Un hito importante en la historia conceptual de las alucinaciones, lo inicia en Italia, Tamburini (1881), con una afirmación somaticista del origen de las alucinaciones basada en una “actividad inusitada y excesiva de los centros cortico-sensoriales” a la manera de una epilepsia temporal. A este respecto Berrios señala que la postura de Tamburini, que expresó con una firmeza tajante, abrió el espacio de estudio de las alucinaciones a otros campos de investigación: el de su explicación neurológica, el de la comprensión cerebral de las alucinaciones de origen neurológico y el de la introducción de la neurofisiología en el campo psiquiátrico; dando comienzo a la explicación mecanicista de los mismos^{8, 11}.

Los paradigmas que la afirmación mecanicista de Tamburini inició, siguieron estando presentes sobre todo en el campo neurológico, pero fueron rápidamente contrarrestados en el campo psicogénico con el concepto clarificador de las alucinosis como un reducto para las alucinaciones de tipo y origen neurológico, dejando a las demás para distintas interpretaciones tanto en las neurosis como en las psicosis endógenas⁸.

Una vez que se descarta el carácter de percepción extraña para la alucinación, se concentró el interés de esta en su dimensión de pensamiento verbal, eso sí desgajado del Yo. A esta visión originaria de Seglás (1892) se añade una clarificación y ampliación notable con la aportación de Gatian de Clérambault (1909) con la noción, más bien dogma, del automatismo mental, por el cual se explicaría todo el

origen y base de los trastornos alucinatorios crónicos que habrían comenzado por una xenopatía inicial que serviría de asiento para el surgimiento de la alucinación propiamente dicha y para después, la construcción de los más variados delirios^{11, 13}. De esta forma lo describió Clérambault en 1925: “las sensaciones alucinatorias, aun las más simples, aparecen en el mayor número de los casos como extrañas y como ajenas: extrañeza intrínseca y carácter impropio casi inmediatamente impuesto. Son extrañas o, dicho de otro modo, inefables e indecibles, de apariencia artificial”¹³.

De acuerdo a Berrios¹¹ en la segunda mitad del siglo XIX no se resolvió el problema de si los sujetos sanos pueden sufrir alucinaciones. Al finalizar ese período se realizaron investigaciones por medio de encuestas (Society for Psychological Research, 1889)¹⁴ obteniendo datos que solo pudieron extraer porcentajes y promedios y de ahí la dificultad para hallar un sentido real a los resultados. La conclusión general de las encuestas fue que las alucinaciones eran posibles en sujetos que de otra manera eran considerados normales. Hacia finales del siglo XIX muchos temas continuaban sin resolverse entre ellos si las alucinaciones producidas por la insania eran del mismo tipo que las inducidas por drogas o las neurológicas, si se presentaban alucinaciones en los sujetos verdaderamente sanos, si las alucinaciones visuales eran más comunes en los estados orgánicos...

Más importante desde un punto de vista filosófico y antropológico es el deslinde de la alucinación ya definida como síntoma de una alteración neurológica o psíquica, de otros fenómenos como la pseudoalucinación o la pseudorepresentación que acercan el “síntoma” (alucinación) a fenómenos experienciales sensorio-perceptivos en un continuum dimensional hacia la normalidad.

Para Berrios y Dening (1996) las pseudoalucinaciones en general se han considerado bajo dos puntos de vista: 1) como un tipo de alucinación con *insight* y como imágenes internas muy vívidas que difieren de las alucinaciones en la ausencia del carácter de objetividad y realidad, es decir, en la falta de proyección en el mundo exterior, 2) como fenómenos que cumplen los criterios de alucinación e ilusión, alucinaciones en sujetos sin enfermedad mental, falsas percepciones ocurridas en la remisión de la psicosis, alucinaciones facticias en simuladores y percepciones normales que inicialmente parecen alucinaciones⁸.

Veamos, siempre siguiendo a Berrios¹¹, los problemas históricos que ha planteado la denotación sintomática de las pseudoalucinaciones que en sí y por sí (si es que constituyen un constructo psicopatológico válido) representaría el punto medio entre la representación consciente y buscada y, la alucinación psíquica pura. Kandisky, psiquiatra ruso que describió sus propias experiencias psicóticas, fue quien delimitó, por vez primera y de manera precisa, el concepto de pseudoalucinación, distinguiéndolo de las imágenes mnésicas y de las alucinaciones verdaderas. Eran imágenes sensoriales muy vívidas que diferían de las alucinaciones en la falta del carácter de objetividad y realidad, y de las restantes imágenes en su viveza sensorial, su espontaneidad y su pasiva receptividad¹⁵. Años más tarde, Goldstein, remarcó la dificultad para encontrar diferencias cualitativas, incluso en sujetos sanos, entre imágenes mnésicas y percepciones sensoriales. La única distinción posible era mediante el juicio de realidad¹⁵.

La pseudoalucinación es, en lenguaje jasperiano, negando el concepto de Goldstein, una representación que se toma como extraña al Yo⁸. Las características intrínsecas de ellas estarían en la vivencia de extrañeza que acompaña a una representación y que puede estar originada por tal cantidad de causas que hacen que la denotación de pseudoalucinación sea un auténtico alarde de exquisitez psicopatológico descriptivo^{11, 15}. Hare¹⁶ afirmó que las pseudoalucinaciones podrían ser “experiencias sensoperceptivas subjetivas que el sujeto interpreta como no patológicas pero sí como extrañas”. Esta última aseveración se parece a la afirmación sobre si todas las alucinaciones son un producto patológico de J. P. Falret 1864: *Si las imágenes se experimentasen sin creer en su realidad, no hay insania*¹¹.

La extrañeza y alejamiento genético del Yo de la persona constituye la característica más inherente y sustancial de la pseudoalucinación. Vividas en el espacio interior, como las representaciones, son vivas y claras, no tienen movilidad plástica voluntaria y sobre todo tienen una estabilidad permanente y un máximo detalle que no poseen las representaciones¹⁵. La característica de no pertenencia, como propio producto psicológico, se debería a una alteración del sentimiento de pertenencia de la propia persona de sus productos psicológicos; a un enajenamiento de sus estados psíquicos.

La penetración microfenomenológica de las pseudoalucinaciones estaría ligada al estudio de los estados intermedios de autoconciencia y autoidentidad, de esta forma la pseudoalucinación tendería un puente dimensional a los trastornos de la sensopercepción, lo que ya adivinaba Griesinger que en 1861 afirmaba que “existe una diferencia entre una alucinación y la excitación interna de la imaginación... y se podría uno preguntar si esta diferencia es sustancial o solamente una cuestión de grados”¹¹.

Con estos ejemplos queremos hacer notar que el concepto de pseudoalucinación parasita al de la alucinación, con lo que este se transforma en un constructo psicopatológico bastante inestable y que está precisado o de una nueva definición operativa (descriptiva o empírica) o formar parte de un continuum gradativo con el resto de las experiencias sensoperceptivas. El debate mantenido en 1865 sigue aún vigente y fruto de ello es esta tesis.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS EXPERIENCIAS SENSOPERCEPTIVAS

2.1. Teoría de la Gestalt

En el siglo XIX, se considera que las sensaciones son elementos aislados que se combinan a través de una asociación intelectual. Cualquier elemento puede combinarse con otro. Cuando las sensaciones se combinan con las imágenes dan como resultado los recuerdos. Por tanto, todo lo que hay en la mente humana debe ser derivado exclusivamente de las sensaciones.

Según la teoría asociacionista, se perciben primero las sensaciones aisladas. Posteriormente, estas sensaciones se asocian entre sí y su simple suma constituye la percepción global del objeto. De esta forma, Wundt explica la percepción como si fuera un mosaico formado por átomos de sensaciones elementales¹⁷.

En el asociacionismo, el sujeto adopta un papel pasivo, puesto que la percepción es el resultado de la suma de sensaciones según leyes puramente mecánicas. Este sujeto es pasivo combina los datos que, reproduce los mecanismos de combinación presentes en todos los demás sujetos. Su carácter reduccionista dio paso a la teoría de la Gestalt.

El concepto de la proyección perceptiva de la información se desarrolla desde la teoría de la Gestalt a comienzos de siglo XX, simultáneamente con la expansión de la teoría cuántica física. La teoría de la Gestalt fue la primera en demostrar experimentalmente cómo se determina un suceso o estado de cosas a través de la configuración de su estructura binaria informativa, es decir de su *gestalt*, a partir del principio gestáltico fundamental que es el que afirma que “el todo es más que la suma de las partes” (Werthheimer, 1924). Este principio articula los diferentes elementos informativos, de manera que cuando se ensamblan diferentes componentes perceptivos se produce una específica realidad observada que toma el valor de concreta. Percibimos totalidades, organizaciones que definen, seleccionan y orquestan en estructuras de acuerdo con las leyes de fondo/figura, de simetría, de cierre, de ritmo, la realidad que observamos.

Desde la Gestalt se intenta desmontar la visión estructuralista de la percepción, entendida como resultado de la unión de diferentes elementos sensoriales básicos; de tal forma, que la experiencia perceptiva sería el resultado de un conjunto de sensaciones, al dotar de importancia princeps a la información que es la que determina una u otra realidad a percibir. A partir de esta capacidad informativa, una vez constituida, establecemos un conjunto cerrado, con cierta simetría, o uniformidad. La Gestalt y las estructuras de asociación que nuestros sentidos son capaces de captar fueron comprobadas mediante todas las “ilusiones” que Koffka, Köhler o Wertheimer adujeron para ilustrarlas¹⁸.

Sin embargo, desde esta corriente se rechaza el valor de la experiencia previa puesto que la disposición al estímulo depende de la interacción con estructuras cerebrales, tal como quedó plasmado en la relación que Köhler (1947) señaló entre experiencia perceptiva y los eventos fisiológicos subyacentes; la estructura de la percepción, en última instancia, estaría determinada por las características del sistema nervioso y por ende, de manera innata.

Corrientes críticas a estas teorías han llegado a reconocer que los principios gestálticos de la organización perceptiva sólo constituyen descripciones “a posteriori” del modo en que los individuos experimentan desde una perspectiva fenomenológica un especial patrón estimular; sin embargo, serían válidas en tanto reflejan propiedades generales de las entidades físicas y biológicas que lo integran, y un sistema perceptivo que tiene en cuenta estas condiciones conseguiría normalmente una organización perceptiva adecuada.

2.2. Teoría ecológica perceptiva

Rivers (1905) fue el primero en elaborar una hipótesis cultural básica aplicada a la percepción, más en concreto, a las ilusiones perceptivas. Estableció que no había una diferencia general en la susceptibilidad a las ilusiones visuales entre europeos y *primitivos*, sino que el sentido de las diferencias estaba en función del tipo de ilusión y de las diferencias experienciales de cada grupo cultural. A partir de estos resultados surgió una corriente de investigación entre cultura y percepción, basada en la influencia que ejercían los factores ecológicos y culturales en la susceptibilidad a las ilusiones perceptivas (Allport, 1966; Berry, 1968; Cole, 1996; Deregowsky, 1980; Segall, 1990)¹⁹. Para otros autores las propiedades que percibimos de los objetos son una combinación entre el objeto y la persona que percibe cuya experiencia juega un papel importante. En este caso, el funcionalismo transaccional explicaría fenómenos perceptivos como las ilusiones ópticas, en tanto intervendría un fenómeno funcional general con conclusiones erróneas. Es nuestra propia percepción la que nos lleva a cometer errores en la no-representación ecológica de la situación, sería un mecanismo adaptativo funcional, y de ahí su existencia²⁰.

Gibson, J. (1986) inspirado por estas teorías desprecia el concepto de esquema para explicar el concepto de aprendizaje y perfeccionamiento perceptivo desde otra perspectiva, la de la ecología perceptiva o percepción directa²¹. Aquí, la percepción depende de la información de los estímulos presentes en el medio ambiente más que de los procesos sensoriales que son influenciados por la cognición.

Gibson mantiene que la percepción ocurre porque los sistemas sensoriales están adaptados o sintonizados con las características de la información estimular; es decir, por la disposición óptica para captar de forma directa la información invariante proporcionada por ésta; por ello es dinámica, ya que cambia a medida que el observador se mueve respecto a la escena total.

Sustituye el clásico enfoque geométrico por el ecológico. Es decir, que presenta el acto perceptivo de la realidad como consecuencia directa de las propiedades del

medio ambiente y no involucra ninguna forma de procesamiento sensorial. Todos los sistemas son simultáneamente *exteroceptores* y *propioceptores*, todos facilitan información al sujeto del mundo externo e interno. Esta concepción contrasta con todas aquellas teorías tradicionales que separaban de manera tajante la exterocepción a los sistemas perceptivos cuyos receptores son activados solo y exclusivamente por la energía externa al organismo y la propiocepción, a los receptores que responden a alteraciones energéticas generadas en el propio individuo.

Es en el aprendizaje y reconocimiento perceptivo, donde esta teoría ecológica presenta mayores limitaciones. ¿No es la recepción de los estímulos del medio ambiente un proceso sensorial de toma de decisiones acerca de cuáles son los estímulos a los que el individuo debe atender? ¿Qué permite a un sujeto reconocer a un objeto o a una propiedad del entorno? Si se analiza la poca diferenciación que se establece entre los procesos sensoriales y perceptivos que se derivan de los postulados de esta teoría podríamos decir que estamos ante una confusión entre sensación y percepción. La oposición a considerar, por lo ecólogos perceptivos, la existencia de mecanismos representacionales, hace que se produzcan fallos a la hora de interpretar la extracción de la información y como no a la hora de la consideración del perceptor en el acto perceptivo.

2.3. Teorías cognitivas

Desde la teoría de la cognición se han propuesto diversos modelos teóricos con los que poder aproximarnos a la comprensión de las actividades humanas que requieran la puesta en marcha de un aprendizaje. En este sentido, creemos necesario tener en cuenta dichos modelos a fin de poder encuadrar las experiencias perceptivas y sobre todo, de obtener criterios de integración, con los que poder explicar su aparición.

En el momento actual, los primitivos modelos cognitivos basados en las hipótesis de sistemas físicos de símbolos, así como los que trataban de justificar, mediante el conexionismo, un modelo eficaz para el reconocimiento de patrones y la comparación mediante la semejanza y la no identidad han sido superados por los que se aproximan al problema partiendo de la presencia del papel activo de la persona en su mundo. Son propuestas integradoras que plantean la cognición humana desde sus cimientos interactivos, biológicos, contextuales y sociales. Aún así, no representan un modelo completo pues la cognición humana es tan complicada que aspectos interesantes de ella como la capacidad de simbolizar diferentes estructuras de la realidad, quitando aquellos aspectos que se consideran relevantes en cada caso, y de elaborar sistemas o artefactos cognitivos que siguen reglas formales estables, quedarían fuera del alcance explicativo de esta tercera generación en ciencias cognitivas.

La experiencia es algo compleja que constituye la base de las relaciones de un organismo con su entorno. Nada existe para un organismo fuera de su experiencia del mundo circundante y de sí mismo. Esta experiencia tiene como base la percepción, ya que sin la percepción de algo no hay conciencia, ni experiencia de ningún tipo.

En este sentido, es innegable que nuestro sistema nervioso cuenta con unos patrones innatos (de especie) que implican una determinada especificidad neuronal, de modo que posee subsistemas que interactúan para interpretar cierto tipo de información^{22,23}.

En el caso de las personas, existe una especificidad neuronal para el reconocimiento de los gestos faciales humanos, que permite a recién nacidos extraer gran cantidad de información del rostro de otras personas, e imitar sus gestos, a pesar de que sus capacidades visuales estén aún poco desarrolladas²⁴. Por tanto, nuestra experiencia está constituida desde sus inicios de una memoria filogenética que permite desarrollar subsistemas especializados en la extracción de diferentes tipos de información del entorno circundante. Estos sistemas neuronales innatos son encargados de procesar la información, recibida de los sentidos, puesto que el acto perceptivo es mediado por representaciones pero nunca es de extracción directa. Se constituye en dos fases que se solapan: La captación de la información no elaborada, que se corresponde con la sensación, y la interpretación relevante de la información; es decir, identificar la respuesta y actuar consecuentemente. La percepción no es algo que nos sucede sino que hacemos activamente.

Para nuestro propósito, es necesario dejar claro que los procesos perceptivos neuronales innatos obedecen a un fondo experiencial, que los conforma y estructura, toda vez que podemos demostrar que cuando la base experiencial se altera por alguna causa las cooperaciones neuronales que parten de una cierta especificidad neuronal también se van a ver comprometidas. Por tanto, a pesar de que la experiencia de una persona viene marcada por reglas innatas de procesamiento, éstas dependen de unas condiciones físicas e interactivas, y sólo se comprenden dentro de las mismas²⁵.

Es muy interesante, para refrendar lo anterior, el experimento en el que se indicaba a un grupo de personas que contasen el número de veces que unos jóvenes se pasaban un balón de baloncesto. A la gran mayoría de los sujetos se les pasaba por alto la presencia de un hombre disfrazado de gorila y realizando movimientos cómicos justo en el medio de la imagen. La gente quedaba sorprendida cuando, en un segundo visionado, y previa indicación de los experimentadores, advertían la presencia del gorila²⁶. La no percepción del gorila indica que, a pesar de recibir las estimulaciones de luz de las superficies del entorno, un sujeto sólo percibe aquello que le permiten las contingencias sensorimotoras que pone en juego en cada ocasión, de modo que cada persona explora el mundo según sus propios mecanismos atencionales y puede dar lugar a un mundo visual diferente al de otro

sujeto con mecanismos atencionales distintos.

Por tanto, en la medida en que los procesos perceptivos emergen de un fondo experiencial, y éste se halla en las relaciones entre organismo y entorno, podemos decir que la percepción y, por ende, la cognición son parcialmente subjetivas, y parcialmente objetivas²⁷.

García Vega, L. (2003) remarca la postura de Neiseer que considera que el ciclo perceptivo se constituye como un acto exploratorio en base a unos esquemas anticipatorios obtenidos por la experiencia que son los que guían el muestreo exploratorio con el fin de extraer una información relevante²⁸. Los esquemas serían constructos teóricos, estructuras preexistentes que dirigen la actividad perceptual y que se modifican en el transcurso de la misma. Los esquemas, economizan tiempo y facilitan la experiencia perceptiva de nuevos estímulos, de manera que el desarrollo de la calidad perceptiva, en cada caso, depende del enriquecimiento del esquema pertinente. Las experiencias asociadas recíprocamente fortalecen y se refuerzan mutuamente, de modo que unas experiencias determinadas generan unas anticipaciones de sentido, en función de la experiencia individual. Las experiencias tempranas se asocian a experiencias más tardías y son evocadas por ellas, sobre la base de sus semejanzas relativas a determinados criterios interactivos, y éstas a su vez motivan la anticipación de lo que sucederá según el sentido que la persona dé a la situación gracias a su experiencia acumulada²⁹. De esta forma, la experiencia, la intención y la generación de sentido nos van a explicar las diferentes respuestas entre los sujetos ante los mismos estímulos, nacidas de una dinámica interna única que es la que dota de sentido a los elementos del entorno en función de los propósitos y planes de acción y de la constante relación entre el proceso perceptivo y el proceso imaginativo, que constituyen el *mundo propio* de la persona³⁰.

2.4. Teorías psicofisiológicas

La sensopercepción es un complejo proceso que necesita de la integridad de todas las partes implicadas en él para su correcta valoración:

- a. Receptores, que reciben los estímulos de los aparatos nerviosos que se encuentran en la periferia del sistema nervioso central.
- b. Vías nerviosas conductoras, centrípetas (aférentes), por las cuales la excitación que surge en los receptores se transmite a las zonas correspondientes de la corteza de los grandes hemisferios del cerebro.
- c. Secciones corticales centrales de los analizadores, donde tiene lugar el “procesamiento” de las señales nerviosas que provienen de los receptores.

El reflejo directamente sensitivo de las cualidades objetivas de las cosas y los fenómenos del mundo que rodean al hombre le permite resolver muchos problemas cognoscitivos. El reflejo sensitivo, que incluye los componentes sensoriales y motores de las acciones del hombre, constituye un componente inseparable en el proceso de reflejo en general. Sin el reflejo sensorial no puede existir el proceso de comparación entre lo que se percibe directamente en un momento con lo que se percibió anteriormente, con la imagen del objeto o del fenómeno. El *proceso de comparación* encierra en sí la unidad de los aspectos sensoriales e intelectuales del proceso del conocimiento.

Las modalidades receptoras sensoriales³¹ pueden ser divididas en:

1. Exteroceptivas, procedentes del mundo exterior y en las que intervienen los sentidos mecánicos de la visión, audición y tacto; y los químicos: gusto y olfato.
2. Propioceptivas, procedentes de nuestro cuerpo y que tienen que ver con el espacio, el equilibrio, y la cinestesia (tensión muscular y posición de nuestro cuerpo).
3. Interoceptivas, nos informa de los procesos internos del cuerpo y está muy relacionada con los estados emocionales.

La discriminación e identificación sensorial de la impresión sensorial es llevada a cabo por estructuras cerebrales:

- a) Audición: Lóbulo temporal
- b) Visión: Lóbulo temporal
- c) Tacto: Lóbulo temporal
- d) Olfato y gusto: Estructuras subcorticales

No todos los estímulos que llegan a los receptores son capaces de provocar una sensación, necesitan determinada intensidad. El umbral inferior de la sensación a la magnitud o fuerza mínima del estímulo es aquella capaz de provocar en el receptor una excitación nerviosa suficiente para que surja la sensación. Cuanto menor es el valor de dicho umbral, tanto mayor es la sensibilidad del analizador dado. Por el contrario, se denomina umbral superior de la sensación al valor máximo del estímulo por encima del cual deja de sentirse. Este es diferente de unas personas a otras y también se modifica mucho con la edad.

El umbral diferencial de la sensación determina los estímulos por su calidad y fuerza; sería la diferencia mínima en la intensidad de dos estímulos homogéneos que el hombre es capaz de sentir, para ello deben alcanzar determinada magnitud. Cuanto menor es la magnitud del umbral diferencial, tanto mayor es la capacidad de diferenciación que tiene el receptor para distinguir estímulos.

También se ha de señalar que los receptores de estímulos, aumentan o disminuyen su sensibilidad por un fenómeno de adaptación. Mediante él, se produce una extinción total de la sensación si esta es demasiado prolongada o puede disminuir la sensibilidad si el estímulo es demasiado fuerte. El aumento de la sensibilidad de los analizadores en relación con el aumento de la excitabilidad de la corteza cerebral, bajo la influencia de la actividad simultánea de otros analizadores se denomina sensibilización.

Una vez que se procesan cerebralmente los estímulos, conocemos lo que pasa a nuestro alrededor y en nosotros mismos mediante el fenómeno perceptivo. La percepción, pues, supone una secuencia de acontecimientos que se inicia con la energía física o estímulo que activa los diversos receptores sensoriales, tras lo cual

se produce la transmisión de la información por las vías sensoriales hasta los niveles superiores del sistema nervioso central. En este proceso de transmisión se transforma la energía propia de cada sentido en la corriente electroquímica propia del impulso nervioso¹⁸.

Si el individuo se encuentra en un estado de activación o vigilia adecuado, el mensaje alcanza el nivel cortical donde se lleva a cabo un proceso de recepción, selección y reorganización de la información. Llegado a este punto, el acto perceptivo se convierte en un acto personal que trasciende la estricta sensorialidad y es intrínsecamente subjetivo y humano. Tendemos a ver y percibir las cosas no como son, sino como somos nosotros.

Finalmente, el acto perceptivo termina con la respuesta del sujeto al estímulo. Esta respuesta puede modificar la situación del subsiguiente acto perceptivo y modificar de esta forma la naturaleza de la relación.

La percepción no es el resultado de la suma de sensaciones, sino algo cualitativamente diferente, con particularidades que le son propias y que le confieren las características de la certeza perceptiva:

- a) Objetividad
- b) Integridad
- c) Constancia
- d) Comprensión
- e) Selectividad

Se produce por mecanismos neurofisiológicos que van mas allá de la calidad de los estímulos, para centrarse en un mecanismo de relación que tiene que ver con el segundo sistema de señales, orgánicamente relacionado con los excitadores de primera señal, pero que al mismo tiempo son los verdaderos rectores de la respuesta.

Investigaciones muy recientes han dado al traste con la consideración tradicional entre los neurofisiólogos que partían de la premisa de que la percepción se producía en regiones cerebrales sensoriales primarias de la corteza cerebral al

demostrar que la percepción y la subjetividad ocurren en el área motora suplementaria, localizada en el lóbulo frontal.

Al estudiar la representación neural de una información sensorial, se ha hallado que se guarda en la memoria, cómo se combina y cómo permite que se genere una percepción. Las neuronas de la corteza cerebral solo codifican las realidades físicas de los estímulos, pero nada tienen que ver con la percepción. El sustrato neuronal de las percepciones sucede en el lóbulo frontal. *Hay momentos en que creemos estar viendo algo y no hay nada y eso se debe a que estas neuronas del lóbulo frontal hacen predicciones de lo que va a ocurrir, basadas en una experiencia previa. Son como un observador que está sentado en el cerebro vigilando lo que ocurre en los mapas sensoriales. Aunque a veces se distrae*, Romo (2012). Asimismo, mediante sencillos modelos experimentales, han estudiado la lógica del por qué las neuronas en ocasiones no actúan adecuadamente, esto es de vital importancia al permitirnos entender la biología de los procesos mentales, los cuales otorgan su identidad al individuo. Del mismo modo, se ha podido comprobar que las neuronas deliberan antes de tomar una decisión. El cerebro recibe la información que entra por los sentidos y la compara con los referentes guardados en la memoria. Si la comparación se desarrolla adecuadamente se produce la percepción³². Estos hallazgos estarían en concordancia con los explicitados desde un basamento teórico por la metodología constructivista-cognitiva, de la que nos ocupamos anteriormente, donde la experiencia determina la reacción o respuesta ante determinados estímulos.

2.5. Teorías psicoanalíticas

En 1895, Freud, en su *Proyecto de una psicología para neurólogos*³³, intentó adaptar sus conocimientos sobre el inconsciente a los rudimentarios avances en neurociencias de la época que acababan de describir la estructura neuronal de sistema nervioso. Este proyecto no fue publicado hasta 1950, y sin embargo, ya en 1914, Freud escribía que “todas nuestras ideas psicológicas provisorias, serán adscritas alguna vez a substratos orgánicos que las sustentaran”³⁴. Al final de sus días advirtió, al no conseguir establecer esa adscripción, que las teorías puramente psicológicas no tienen por qué ser provisorias sino que tienen entidad científica por sí misma. Se ha necesitado el transcurso de un siglo para que la relación entre el psicoanálisis y la neurociencia comience a dar su fruto.

No existe un área cerebral que contenga la imagen total de un objeto del que somos conscientes; el cerebro lo que reconoce, siguiendo un modelo de integración polimodal de los distintos estímulos sensoriales, es un patrón o pautas de activación neuronal. El fenómeno de la apercepción tiene lugar cuando el cerebro halla cierta coincidencia entre la actividad resultante de la percepción y los patrones de experiencias previas almacenados en la memoria. De tal manera sucede esto que cuando nuestro cerebro no encuentra patrón para encajar lo que percibe, crea una nueva categoría empírica que se almacenará para que sirva de patrón en futuras percepciones.

Piaget, describió el fenómeno de la constancia objetal³⁵, en su teoría sobre la “Adquisición de la noción de objeto”, como la existencia de una representación mental de un sujeto u objeto en ausencia de este, que se adquiere alrededor del segundo año, y que posee ya su correlato neurobiológico.

Hoy día se sabe que después de que la mielinización del sistema nervioso central se completa, las neuronas del córtex premotor codifican estímulos visuales y permanecen activadas aun cuando no estén presentes los objetos en cuestión o no resulten visibles, como en la oscuridad. Esta permanencia explica también la disponibilidad de las impresiones sensoriales para las evocaciones asociativas en

ausencia de los estímulos originales. El hecho de que la imaginación *per se*, es decir, sin estímulo sensorial alguno, active las neuronas del córtex correspondiente a la percepción directa por los sentidos refuerza la tesis de la efectividad de la actividad asociativa, proporcionando una constatación física de algo que ya conocían empíricamente los psicoanalistas incluso que pudiera ser el substrato para explicar el mecanismo de la libre asociación.

Los estímulos de una categoría sensorial determinada pueden producir potenciales evocados en áreas de categorías sensoriales distintas. Por ejemplo, cuando una persona ciega lee Braille activa regiones del cerebro no sólo del tacto, sino también de la visión, y el ver una película muda estimula, además del córtex visual del lóbulo occipital, el auditivo del lóbulo temporal. El tener circuitos nerviosos compartidos hace que las imágenes visuales evocadas en la oscuridad o las impresiones auditivas recordadas en el silencio influyan sobre la percepción sensorial posterior. El hecho de imaginarnos un objeto antes de detectarlo con los sentidos, o una situación antes de que ocurra, aumenta nuestras posibilidades de comprensión y respuesta adecuadas; esto constituye el motor, claro, de la rumiación anticipatoria característica del ser humano³⁶. Lo que añade elementos idiosincrásicos a nuestra apercepción del mundo circundante. Tenemos de modo natural la impresión subjetiva de que percibimos el mundo tal y como es realmente, pero todos los fragmentos significativos de nuestra percepción son resultados de una construcción en la que influyen decisivamente las motivaciones, los estados emocionales y las experiencias del pasado. No existe la percepción pura. Numerosos experimentos de laboratorio e incontables experiencias clínicas han demostrado como ilusoria la mítica idea de una “inmaculada percepción”. Precisamente, una aspiración central del tratamiento psicoanalítico es la de equipar al analizado con una capacidad de examen de la realidad que tenga el menor grado posible de distorsión, aunque hay que entender que siempre es asintótica la aproximación a este objetivo³⁷⁻³⁹.

Existen unas neuronas a nivel de la corteza promotora, identificadas por primera vez en macacos, con la facultad de descargar impulsos tanto cuando un sujeto observa a otro realizar un movimiento como cuando es el sujeto quien lo hace. Este circuito neuronal también se activa cuando otra persona

expresa emociones y siente sensaciones. Cabe destacar que la activación neuronal es idéntica y compartida por el sujeto activo y el observador. A estas neuronas, descubiertas por Gallese y Rizzolatti en el 1996, se les denominó neuronas espejo o especulares⁴⁰⁻⁴².

Este circuito va más allá de la simple activación del ámbito ejecutivo-motor, propio de la corteza prefrontal, también incluye la activación de los lóbulos parietal, temporal y frontal, un tipo de circuito que codifica para tres componentes: la percepción de la acción de otros, la especificación de la acción motora y la intención de la acción, sensación o emoción⁴². Esta tríada o complejo asociativo entre percepción, acción e intención plantea que el sistema integra un circuito que permite atribuir las intenciones del otro, sin inferencias, de forma automática e inconsciente.

Psicoanalíticamente hablando, el aparato psíquico es un aparato virtual que se realiza a través de descargas, las que a su vez son percibidas, categorizadas e incluidas dentro de sistemas virtuales o potenciales de descarga que son las huellas mnémicas. El aparato psíquico que nos representamos desde la perspectiva tópica es la virtualidad o posibilidad de acción, al mismo tiempo de la información a sí mismo y a los demás acerca de los estímulos provenientes tanto del exterior como del interior del cuerpo; los estímulos externos no son pasivamente recibidos por el polo perceptor sino que son categorizados ante todo como placenteros o displacenteros (desde el yo de placer) y como interiores o exteriores (yo real) por medio de descargas, fundamento de los juicios de atribución y existencia respectivamente. La integración de los polos perceptor y motor (percepción de las propias descargas) supone la existencia de un yo; o sea que la acción o descarga es significativa para el sujeto en tanto exista un yo. Si no lo hubiera, podría haber acto psíquico; ejemplo de ello es la alucinación que, aunque invade al polo perceptor, no deja de ser un acto de descarga y por lo tanto una acción, pero no existe aún la instancia que pueda categorizar y relativizar dicha descarga, la cual adquiere en sí un valor absoluto⁴³. De esta manera, desde las estructuras de la organización tópica, es posible pensar que en un sujeto las formaciones de contacto con la realidad serán mediadas por dichas elaboraciones y por los grupos influyentes en su cotidianidad y formación, será entonces de ésta forma como se constituirán representaciones que se pueden concebir como atributos acerca del estímulo que se encuentra en la realidad, pero

las representaciones indicadas tienden a lo consciente, y además de estos, hay otros elementos del exterior del sujeto que aunque son procesados, los elementos de censura, la represión y la historia del sujeto lo llevan a ser representaciones no manifiestas de manera consciente⁴⁴.

Freud señalaba en *La interpretación de los sueños* (1900) que las alucinaciones en la histeria, la paranoia y los sujetos normales que tienen visiones pueden ser comprendidas todas por un mismo mecanismo, el de la regresión, pensamiento mudado en imágenes, al igual que lo que sucede en el sueño. Para Freud, el contenido del sueño se asemeja a las percepciones más que a representaciones mnémicas. El sueño alucina, reemplaza pensamientos por alucinaciones. Para el soñante no son representaciones sino que son vivencias reales, les hace falta el criterio para distinguir si las percepciones sensoriales son dadas desde afuera o desde dentro. Para explicar el carácter sensorial o alucinatorio del sueño, Freud en su modelo de aparato psíquico desarrolla la noción de regresión: *la excitación toma un camino de reflujo y en lugar de propagarse hacia el extremo motor lo hace hacia el extremo sensorial, alcanzando por último las percepciones. El sistema de las percepciones se inviste hasta la plena "vivacidad sensorial" y de esta forma se reanima alucinatoriamente la huella mnémica de una percepción, que corresponde a un estado primitivo del aparato psíquico "primera actividad psíquica" de identidad de percepción. Esta huella mnémica estaría conservada con propiedades sensoriales "nítidas" atesorada en el inconsciente* ⁴⁵.

3. FUNDAMENTOS Y CONTROVERSIAS DEL MODELO DE CONTINUUM

3.1. Normal y anormal. Salud y enfermedad

Uno de los grandes problemas, aún sin dilucidar, en el campo médico es la distinción entre lo normal y lo patológico, entre salud y enfermedad. En este sentido, el panorama histórico-médico se ha visto salpicado de teorías enfrentadas, en un intento de precisar la conceptualización exacta de los términos. Hasta Broussais, el estado patológico era relacionado con leyes completamente diferentes de las que gobiernan el estado normal; sin embargo, él determinó que los estados o fenómenos de enfermedad coinciden esencialmente con los de salud, de los que siempre se diferencian en la intensidad. Hablaba de una patología en sentido positivo, el estado patológico no es más que una prolongación positiva o negativa entre los límites de variación propia de cada fenómeno. De esta manera, el autor, equipara anormal con patológico o mórbido cuyas diferencias serían por exceso y/o defecto⁴⁶.

Comte se vio muy influenciado por la teorías de Broussais. Con el fin de entender las leyes de lo normal advierte que lo primero era determinar lo normal y sus verdaderos límites de variación, antes de explorar metódicamente los casos patológicos; de esa manera Comte negaba la influencia cualitativa que los vitalistas habían propugnado en aras de una homogeneidad cuantitativa. Explica que todas las enfermedades consisten fundamentalmente en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal. Aunque Comte suscribió el realismo científico, se enfrentó a serios problemas al tratar de definir lo normal. Propuso que los límites entre lo normal y lo patológico eran los límites de una “armonía de influencias distintas, tanto exteriores como interiores”⁴⁶.

Claude Bernard, partiendo desde lo normal, entiende que hay un choque entre lo que serían conceptos cuantitativos, exageración-déficit; y los cualitativos que implicarían disarmonía. Sostiene que los síntomas no son fenómenos totalmente ajenos al estado normal, sino *preexistentes*, siendo por ello, solo anormalmente manifiestos en la enfermedad. Bernard postulaba, entonces, que el estado patológico es el desorden cuantitativo y medible de un mecanismo o funcionamiento. Confiaba

en la determinación de lo normal por medio de la estadística, partiendo del supuesto de que todas las variables biológicas siguen una distribución en campana de Gauss. Proponía valores límite (claramente identificables) entre lo normal y lo patológico⁴⁶.

A diferencia de Bernard, Comte no tenía muy en claro la existencia de diferencias cuantitativas (objetivas y determinables por la ciencia). Tal concepto de armonía estaba cargado de una buena dosis de estética y subjetivismo, que le hacía perder exactitud, situándolo en una posición polivalente e indefinida entre lo cualitativo, lo cuantitativo y lo “calificativo”.

Para R. Leriche, la enfermedad es una novedad fisiológica consecuencia de una desviación, inicialmente mínima, del orden fisiológico y la terapéutica tiene que plantear como objetivo la tarea de adaptar al hombre enfermo a ese orden. Leriche, además, afirmaba la imposibilidad de discernir cuantitativamente entre el estado fisiológico y el estado patológico. Para él, el paso de un estado a otro se hace sin transición medible y son más bien los efectos cualitativos, los que permiten hacer diferenciaciones. Según Leriche, no existe el umbral cuantitativo, como proponía Bernard, discernible mediante métodos estadísticos⁴⁶.

Autores posteriores, como E. Meyerson, plantearon que cuando se identifica cantidad con realidad, estamos negando la cualidad pero no la suprimimos puesto que nunca estaremos ante una cuantitividad pura, por mucho que definamos el estado patológico por un exceso o defecto de variación respecto al estado fisiológico.

En la primera mitad del siglo XX, disminuye la preocupación general por llegar a un consenso sobre el concepto de enfermedad. Posteriormente G. Canguilhem, escribe el ensayo sobre *Lo normal y lo patológico*⁴⁶, que sienta las bases del problema desde un punto de vista axiológico. Si bien la ciencia con la ayuda de la estadística puede descubrir qué es raro, anormal, y qué es común, normal, esta descripción no llega a elucidar qué es lo patológico; para ello, se hace necesario admitir un criterio de valor, un criterio convencional. De esta manera, cabría utilizar tres conceptos:

Normal: Entendido conforme a la regla, la norma, el justo medio estadístico. Sería un valor o tipo ideal. En medicina equivaldría al mismo tiempo al estado habitual de los órganos y el estado ideal.

Anormal: Sería el que accidentalmente se halla fuera de su estado natural o de las condiciones que le son inherentes. Sería el concepto que abarcaría lo patológico.

Anomalía: Con ese concepto se haría referencia al que accidentalmente se halla fuera de su estado natural o de las condiciones que le son inherentes. Una irregularidad que impediría que un sujeto pueda ser reemplazado totalmente por otro, una discrepancia en la regla. No son en sí patológicas, sólo variantes que expresan otras normas de vida; si esas normas son inferiores, en cuanto a estabilidad, fecundidad y variabilidad con respecto a las normas consideradas normales, entonces se las denominará patológicas⁴⁶.

Las experiencias perceptivas anómalas, por tanto, siguiendo a este autor serían una discrepancia de la regla, en principio no patológicas, pero que pudieran llegar a serlo. La manera de conjuntar todo esto sería mediante el modelo del continuum.

Este problema ha influido en la nosografía con la clásica oposición metodológica entre categorial y dimensional. El enfoque categórico trata de establecer categorías precisas con propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o la presencia de una categoría (el enfoque sindrómico sería un claro ejemplo)⁴⁷. Contrariamente, el enfoque dimensional procura medir las diferencias cuantitativas de un mismo substrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad (por ejemplo, el concepto de espectro)⁴⁸,⁴⁹. La mayoría de los manuales de diagnóstico al uso, emplean la metodología categorial, cada trastorno es una unidad discreta, se sabe donde empieza y donde termina. En psicopatología el empleo de las dimensiones ha sido más frecuente en el ámbito de la psicología que en el de la psiquiatría, y es sinónimo de cualidad. Este modelo aboga por el concepto de continuum entre la normalidad y la patología psíquica.

3.2. El modelo de continuum

El modelo de continuum surge de la práctica clínica. En ella podemos observar que a veces los síntomas no son tan “no comprensibles” en el sentido jasperiano, sino que pueden ser contemplados como exageraciones o distorsiones de fenómenos comunes^{50, 51}. Así mismo la presencia de factores etiológicos cuantitativos tales como múltiples genes de efecto pequeño, movilizados ante determinadas situaciones, avalan que muchas investigaciones en curso tiendan a la búsqueda de factores intermedios o endofenotipos. Según Bentall, es fácil adherirse a esta posición puesto que no hay línea divisoria entre el cuerdo y el loco⁵². Para Peralta y Cuesta, categórico y dimensional, son dos caras de la misma moneda, lo que hace que no sean incompatibles sino complementarios puesto que la adopción de la fórmula dimensional de la nosología no es necesariamente inconsistente con la generación posterior de una tipología con categorización de trastornos psicóticos o alternativas existentes^{53, 54}.

Dentro de los modelos de continuum podemos diferenciar el de tipo I, en el que se plantea que las experiencias psicóticas, por ejemplo las alucinaciones, no van inevitablemente asociadas con la presencia de un trastorno, sino que dependería más de otros factores como la intrusividad y la frecuencia de los síntomas, así como de factores culturales y personales⁵⁵⁻⁵⁷, entendidos como expresiones no patológicas en una personalidad normal, como factores latentes de vulnerabilidad, pero no patológicos *per se*⁵⁸ y el tipo II, denominado como cuasi-continuo que se basa en que los rasgos constituirían un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno^{51, 59-61}. Otra línea de trabajo plantea la coexistencia de ambos modelos, de manera que en las experiencias de tipo psicótico pueden existir a la vez dimensiones que sean no patológicas (pensamiento mágico) y otras que puedan ser la antesala de la expresión completa del trastorno al estar asociadas a estrés, depresión, ansiedad... etc⁶²⁻⁶⁴.

Teniendo como base el continuum, denominado de manera diferente según el investigador: predisposición a la psicosis (*psychosis proneness*), experiencias psicóticas (*psychotic experiences*), esquizotipia (*schizotypy*), alto riesgo de estados mentales (*at-risk mental states*), etc, se han planteado fructíferas líneas de investigación en población general^{55, 65-67} y en familiares de enfermos

esquizofrénicos⁶⁸⁻⁷¹ con el fin de intentar clarificar desde una transición lineal, dónde se deja de ser normal para convertirse en un paciente con un trastorno psicótico^{51, 55, 72}.

En general se pueden seguir dos aproximaciones al estudio del continuum⁵⁵.

1. Se asume un rango de desorden a lo largo del continuum, siendo la expresión a la manera de rasgos atenuados y en forma de signos y síntomas esquizotípicos (teoría del espectro esquizofrénico).
2. Se mide en población general los mismos síntomas que se observan en pacientes con síntomas psicóticos. Por supuesto, bajo la hipótesis de que la presencia de síntomas psicóticos no va invariablemente asociada a la presencia del trastorno.

3.2.1. La teoría del espectro esquizofrénico

En las últimas décadas el vocablo “espectro” ha sido utilizado con frecuencia para denominar una serie de entidades nosológicas, distintas en su origen y conformación pero relacionadas por una serie de rasgos comunes, que se solapan o se agrupan a lo largo de un continuum. Es sin duda, la noción de continuum la que sustenta al concepto de espectro, que así conformado, se aleja de las clasificaciones categoriales que han dominado la psiquiatría desde la aparición del DSM III (1980)⁷³.

En el año 2002, se propuso el modelo de “espectro” para su utilización en el DSM V⁷⁴⁻⁷⁶, con vistas a la inclusión de la dimensionalidad y la consideración de los llamados síntomas subumbrales o menores, a fin de reducir los diagnósticos de “no especificados” y la excesiva comorbilidad. En este caso los distintos trastornos psiquiátricos conformarían un abanico continuo desde la normalidad, pródromos, síntomas menores..., hasta la enfermedad manifiesta. De esta manera se reorganizarían los trastornos en función de una patogenia presuntamente compartida, de modo que aquellos trastornos que poseen un mismo espectro poseen una supuesta etiología compartida.

Para J. Saiz, no existe una uniformidad en la conceptualización de espectro, por su exagerada aplicación, inclusive sobre trastornos y enfermedades con significados variables y poco sólidos. Así, el espectro puede ser entendido como el conformado por aquellos trastornos que comparten parte de los genes (en base a la expresividad variable de los genotipos en los trastornos psiquiátricos) que van a conferir un específico riesgo para la enfermedad o modifican las manifestaciones de las mismas⁷⁶. Otras veces, los trastornos del espectro se consideran como manifestaciones o fases de un mismo proceso subyacente de enfermedad, de ahí que compartan características clínicas; si bien pueden diferir en gravedad suponen un estadio más precoz o una forma más evolucionada.

Algunos autores plantean el uso abusivo del concepto de espectro, al atribuirle la característica de ser fenómeno de la totalidad explicativa psicopatológica, muy cercano a las clásicas panpsicosis, con su inespecificidad sintomática, explicación de todos los trastornos y donde la transición es la regla y no la excepción⁵⁰.

En el DSM IV TR, la esquizofrenia se conceptúa como una categoría discreta más que como una dimensión cuantitativa, en tanto difiere cualitativamente de los estados de salud. Se requiere la presencia de determinado número de criterios para su diagnóstico. No obstante se están llevando a cabo replanteamientos del modelo en función de determinar si el modelo dimensional describe de modo más preciso que el categorial la naturaleza biológica de la esquizofrenia⁷⁷.

Hay autores para los que la perspectiva dimensional resulta más congruente con los modelos poligénicos de herencia que se aplican a la transmisión familiar de la esquizofrenia, en la que múltiples genes se combinan entre ellos, además de los factores ambientales (factores de riesgo exógeno) ocasionando la aparición de esquizofrenia⁷⁸⁻⁸⁰. Así las cosas, de esta combinación genético-ambiental podrían surgir distintos niveles cuantitativos de riesgo: bajo, moderado o alto; de manera que las personas con riesgo muy alto estarían predispuestas a la esquizofrenia, las de riesgo moderado podrían sufrir problemas relacionados con trastorno esquizotípico de la personalidad, síntomas negativos, deterioro neuropsicológico u otras manifestaciones neurobiológicas de la predisposición a esquizofrenia⁸¹. La consideración de espectro viene dada por la historia familiar de heredabilidad

compartida, manifestaciones clínicas similares (sintomatología, curso...), la aparición comórbida, la presencia de marcadores biológicos comunes y la respuesta al mismo tratamiento, entre otros^{82, 83}.

Dentro del espectro se incluyen: la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizoide, síntomas menores, subumbrales, rasgos temperamentales y manifestaciones subsindrómicas⁸⁴.

El primer fundamento dimensional de la esquizofrenia surge a partir del concepto de esquizotaxia. Este término fue introducido por primera vez por Meehl (1962), definiéndola como una predisposición genética no expresada para la esquizofrenia, de modo que se desarrollaría uno u otro trastorno dependiendo de la facilitación o protección por las circunstancias ambientales^{60, 85}.

Faraone⁸¹ teniendo en cuenta que la interinfluencia entre la genética y los factores ambientales (virus, complicaciones obstétricas...) incrementa la susceptibilidad a padecer esquizofrenia, propone que la esquizotaxia es el sustrato neurobiológico premórbido de la esquizofrenia.

En el momento actual, transcurridos cincuenta años desde su creación, se entiende no sólo como un constructo teórico sino como una entidad con distintas características psiquiátricas y neurobiológicas, que incluyen síntomas negativos, deterioro neuropsicológico y alteraciones neurobiológicas⁸⁶; en definitiva, más amplia que el concepto de esquizofrenia.

Estudios empíricos confirman que del 20 al 50% de familiares de primer grado de esquizofrénicos presentan esquizotaxia⁸⁷, de los que el 10% terminan siendo psicóticos y menos del 10% desarrolla un trastorno esquizotípico de la personalidad^{88, 89}. En cualquier caso, supone un estado crónico⁸⁶.

En el síndrome esquizotácico hay dos aspectos a tener en cuenta de gran relevancia a la hora de su formulación^{90, 91}:

1. Los factores etiológicos, genéticos y ambientales tienen consecuencias biológicas para el desarrollo temprano. Es imposible separar los componentes puramente genéticos de los ambientales.
2. Se origina por la acción de múltiples genes y múltiples factores ambientales, que dependen de condiciones heterogéneas tanto etiológicas como clínicas. Esta acción, hace que la esquizotaxia pueda ser una condición ligada al desarrollo del sistema nervioso central. Las vías etiológicas que parten de la vulnerabilidad genética, se activan por noxas ambientales tempranas, originando esas anomalías neurobiológicas responsables de alteraciones neuropsicológicas que podrían pasar desapercibidas para el clínico. Cuando a todo ello se añaden otras noxas ambientales, se produciría una mayor estimulación de la consideración esquizotóxica subyacente, dando lugar a una variedad de síntomas prodrómicos, hasta llegar a la esquizofrenia^{92, 93}. Los individuos afectados por esta condición tendrían dificultades para neutralizar, tanto conductual como neurobiológicamente, las fuentes de estrés y los retos de la vida cotidiana y, en la segunda o tercera década de su vida podríamos observar trastornos en la neuroarquitectura prefrontal. La aparición de la psicosis supondría un efecto tóxico para ese cerebro vulnerable que le llevaría a la esquizofrenia crónica y más adelante a la neurodegeneración⁹⁴.

Tsuang, Stone y Faraone⁹³ proponen como criterios para la esquizotaxia de un lado, los síntomas negativos, en los que se hallaría una alta incidencia de aislamiento social, las dificultades serias para las relaciones interpersonales y la pobreza de experiencias afectivas. En familias de esquizofrénicos, síntomas negativos como el afecto aplanado y la abulia, están significativamente elevados, sin llegar a presentar sus integrantes síntomas psicóticos⁹⁵. De otro lado, los déficits neurológicos, puesto que se ha comprobado que familiares no psicóticos de esquizofrénicos presentan variados déficit cognitivos al compararlos con los sujetos control, sobre todo en la atención auditiva, la memoria verbal y en las funciones ejecutivas como la capacidad de abstracción. La aproximación dimensional a la vez que la categorial, ampliaría la

esquizofrenia a dos clases: esquizotaxia (esquizofrenia sin psicosis) y esquizotaxia más psicosis (esquizofrenia del DSM IV).

M. Weiser concluye en su trabajo que el núcleo del síndrome de la esquizotaxia, es el defecto cognitivo generalizado, en presencia de rasgos de personalidad esquizotípicos y ausencia de psicosis⁹⁶.

C. Leal, y JF. Pérez⁹⁷, equiparan la esquizotaxia a la esquizotipia negativa, ya que muchos trastornos esquizotípicos de la personalidad cumplen criterios de esquizotaxia. Para estos autores, estos sujetos tendrían un mayor deterioro, más síntomas negativos y responderían a dosis bajas de antipsicóticos.

Lo esquizotípico es entendido como un agregado de rasgos cognitivos y emocionales que en un supuesto normalidad-patología enlaza con los extremos desadaptativos de la esquizofrenia⁹⁸. Un indicador de vulnerabilidad para desarrollar el trastorno psicótico en general y a esquizofrenia en particular⁹⁹.

S. Rado utiliza el nombre esquizotípico como una abreviación del fenotipo esquizofrénico, para señalar a una variante no psicótica de la esquizofrenia, como una posible representación de una predisposición hereditaria o genotipo subyacente de forma manifiesta. Para Rado, la organización esquizotípica es un mecanismo adaptativo, aunque precario, y vulnerable a una posible descompensación. Dicha organización, consiste en un déficit de motivación, es decir una alta búsqueda de placer (anhedonia), acompañado de los rasgos de inseguridad en las relaciones humanas, ausencia de pensamiento emocional y miedo a la desintegración¹⁰⁰.

La descompensación de este mecanismo adaptativo o “esquizo-adaptación” comienza con lo que Rado llama trastorno propioceptivo, y que Bleuler describió como alteración del sí mismo y del entorno. Esta fase es reversible y se corresponde con la esquizofrenia pseudoneurótica. Por último, si se llega a la desintegración por fallo en los mecanismos adaptativos, se produciría un proceso esquizofrénico con su regresión consecuente⁵⁰.

Siever planteó tres posibilidades acerca del paralelismo que se puede establecer entre esquizotipia y esquizofrenia¹⁰¹.

1. Las similitudes son superficiales y ambas son diferentes.
2. Ambos trastornos son idénticos y sólo difieren en la severidad de las alteraciones. Este tiene que ver con la dimensionalidad de la continuidad entre personalidad normal y patológica. Existiría una misma dimensión subyacente y las diferencias estribarían en el grado de intensidad de la expresión.
3. Ambos trastornos están particularmente solapados en la etiología y genética que presentan, teniendo semejanzas y diferencias, debiéndose esto al riesgo y susceptibilidad que comparten todos los trastornos del espectro. Nos moveríamos en un acercamiento categorial entre ambos, pero con una coincidencia parcial en la etiología.

Estudios de la estructura factorial, llevados a cabo en trastornos de personalidad esquizotípica coinciden en que son superponibles a los de la esquizofrenia. Por ello se habla de esquizotipia positiva (cognitiva-perceptual) y negativa (social-interpersonal). En la primera comparten las ideas de referencia, las percepciones inusuales, el pensamiento mágico, la suspicacia y el habla circunstancial y tagencial, se relacionaría con el trastorno de personalidad esquizotípico y equiparable a una preesquizofrenia positiva. En la segunda, el afecto constreñido, la anhedonia social, la indiferencia a las críticas, la carencia de relaciones interpersonales, la conducta extraña y la pobreza del lenguaje, constituirían las implicaciones clínicas de la esquizotaxia⁹¹.

Raine describe los caminos etiológicos del trastorno de personalidad esquizotípico, tal como podemos observar en la Figura 1, estableciendo como final de meta dos posibles formas de trastorno¹⁰².

Los elementos clave del modelo incluyen un marco de desarrollo neurológico, la presencia de factores de riesgo psicosocial, una conceptualización de tres factores de esquizotipia y dos formas de la misma con diferentes caminos etiológicos.

Según este modelo existiría un trastorno cerebral que tendría origen genético, en procesos ambientales prenatales (por ejemplo, la exposición a la gripe), o influencias postnatales (por ejemplo, la desnutrición). La participación directa e interactiva de estos efectos, darían como resultado procesos de cambios

estructurales del cerebro, que originan una disfunción cerebral que se desarrolla a nivel frontal, temporal y límbico, que a su vez da lugar a anomalías en los procesos psicológicos básicos como el afecto y la cognición. Al mismo tiempo, las influencias del medio ambiente postnatal (por ejemplo, abuso físico, negligencia...).

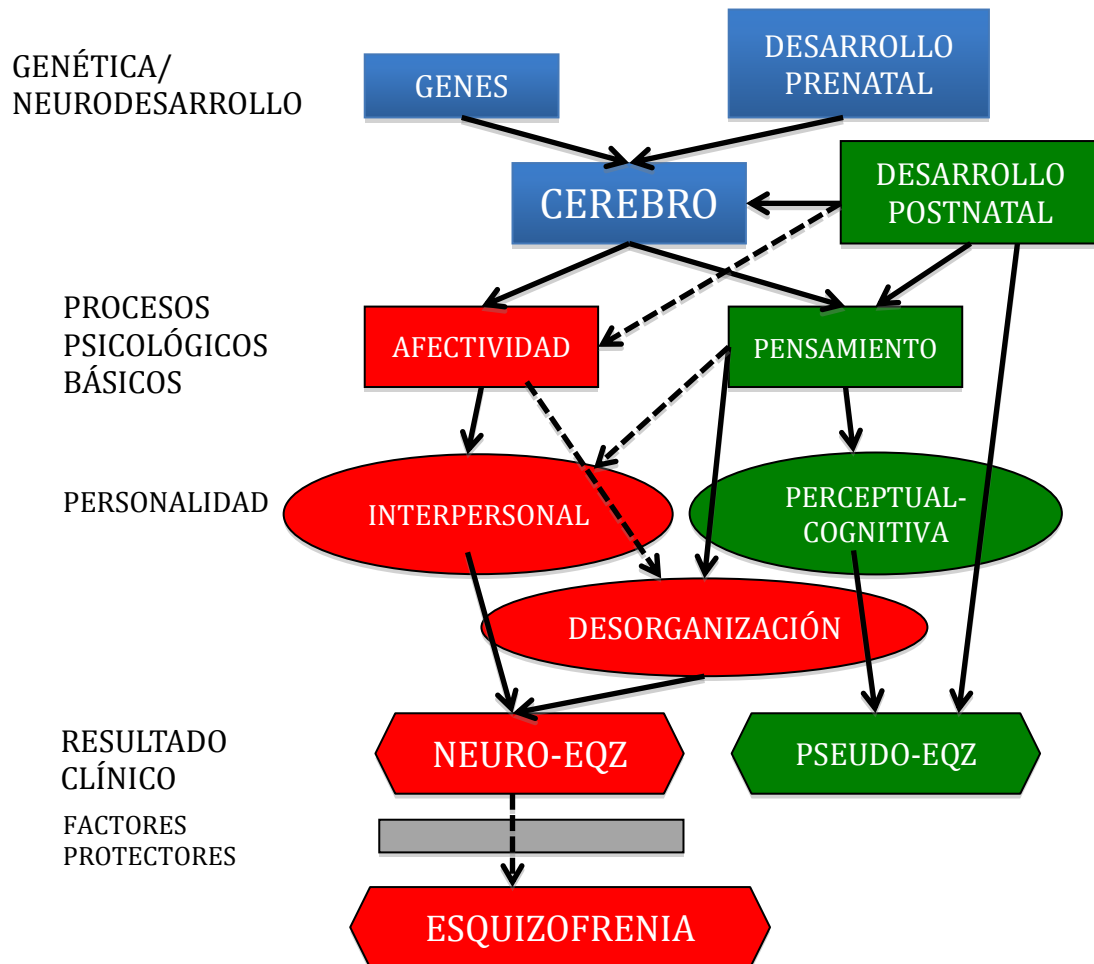


Figura 1. Caminos etiológicos del trastorno de personalidad esquizotípico (tomado de Raine, 2006). EQZ: Esquizotipia

El deterioro del cerebro se puede evidenciar a través de perturbaciones cognitivas, en la forma perceptivo-cognitiva (por ejemplo, experiencias perceptivas inusuales), por la desorganización del pensamiento (por ejemplo, el discurso extraño) y, por alteraciones afectivas que dan lugar preferentemente a los déficits interpersonales.

En términos de resultados clínicos aparecerían dos formas de esquizotipia:

Neuroesquizotipia: Tiene su origen en gran medida en factores neurológicos y genéticos que son compartidos con la esquizofrenia. Está influenciada por procesos psicológicos afectivos y cognitivos, no se asocia a un peso significativo de la adversidad psicosocial. Demuestra una mayor estabilidad de los síntomas, es más sensible a los tratamientos psicofarmacológicos y constituye un factor de riesgo para la esquizofrenia.

Pseudoesquizotipia: De aparición más tardía, con una débil base neurológica y genética, muy influido por situaciones ambientales y psicosociales, con preferencia por las alteraciones cognitivas-perceptuales desde el punto de vista psicológico y raramente se convierte en una esquizofrenia.

Mientras que lo esquizotípico se incorporará a la nomenclatura psiquiátrica, lo esquizotáxico se asocia al sustrato genético, pero no a un síndrome clínico concreto

3.2.2. Experiencias psicóticas en población general

La tasa de prevalencia de experiencias psicóticas subclínicas en la población general varía en función de los tipos de autoinforme, desde un 5% a un 18%, sin embargo un reciente metaanálisis realizado por van Os, la sitúa en torno a un 5%^{65, 103-105}. La experiencia de síntomas similares a los de la psicosis no estaría, como ya hemos dicho con anterioridad, inevitablemente asociada a este trastorno, sino que dependería de la frecuencia de aparición, la intrusión, la presencia de otros síntomas asociados, así como de factores individuales, personales y culturales (capacidad de afrontamiento, comportamiento ante la enfermedad, tolerancia social o el desarrollo de relaciones funcionales con los otros)^{51, 55, 66, 67, 106}. En población adolescente hay tasas un poco más elevadas. Por ejemplo, Scott et al.¹⁰⁷ analizando una muestra de 1.261 adolescentes australianos, hallaron que el 8,4% de los mismos refería haber experimentado alguna experiencia alucinatoria de tipo visual o auditivo en alguna ocasión. Por su parte, Horwood et al.¹⁰⁸, utilizando una muestra de 6.455 adolescentes ingleses, encontraron que el 38,9% puntuaba en más de un ítem relativo a experiencias psicóticas.

El estudio de estas experiencias en población no clínica es importante por su potencial para ampliar la comprensión de los factores de riesgo en la psicosis,

clásicamente estudiada exclusivamente en población psicótica^{55, 60, 66, 67}. Además, al ser en población no-clínica están libres de la influencia de determinantes como la medicación, la hospitalización, los problemas de comunicación, al mismo tiempo que, sirven como referentes para aclarar los mecanismos subyacentes (esquizotipia) si es que existiera¹⁰⁹.

Estudios longitudinales han demostrado, por otra parte, que las experiencias psicóticas atenuadas pueden incrementar el riesgo futuro de transitar hacia un trastorno psicológico.

En población general, se ha constatado que individuos con puntuaciones elevadas en autoinformes que evalúan aspectos tales como el pensamiento mágico, las aberraciones perceptivas o la ideación delirante, tienen una mayor probabilidad futura de transitar hacia trastornos del espectro esquizofrénico^{59, 109, 110}. Sin embargo, hay datos concluyentes de que los participantes que puntúan elevado en este tipo de autoinforme no evolucionan necesariamente hacia trastornos de tipo psicótico, sino más bien hacia trastornos afectivos o de abuso de sustancias^{111, 112}.

Como ya hemos enunciado, a partir del modelo dimensional de las psicosis se han realizado estudios que identifican experiencias psicóticas en población general tal como se recoge en la Tabla 1.

El estudio que más alta prevalencia ha arrojado es el NEMESIS, llevado a cabo en una muestra de población general por van Os en el año 2000. Entre otros resultados obtenidos estaban algunos factores asociados a dicha experiencia psicótica como: procedencia urbana, edad juvenil, menores ingresos, mejor nivel educativo, desempleo, baja calidad de vida y ser soltero¹¹³. La menor prevalencia fue para el estudio de Mojtabai, con un 5%¹¹⁴, encontrando este autor que el porcentaje de las experiencias psicóticas en la población no clínica era de un 2,2% para experiencias alucinatorias auditivas, 2% para visuales, 1,4% eran ideas de referencia, 1% experiencias de influencia, 1% ideación paranoide, 0,8% robo de pensamiento y 0,5% pensamientos insertados.

Stefanis, 2002, identificó mediante en cuestionario CAPE (*Community Assesment of Psychic Experiences*)¹¹⁵, tres dimensiones de síntomas definidos por el

cuestionario, síntomas positivos, negativos y depresivos, asociando los síntomas positivos y negativos a experiencias de depresión en la población general. Eso hizo que se hablara de un estado depresivo, como situación intermedia, para pasar de la normalidad a la psicosis clínica¹¹³. Pacientes que obtuvieron puntuaciones altas en ansiedad y depresión, también se correspondieron con puntuaciones intermedias en el inventario de ideas delirantes de Peters (PDI)¹¹⁶, respecto al grupo control¹¹⁷.

Otro grupo proclive a las experiencias psicóticas son las personas con fuertes creencias religiosas o espirituales. En el estudio de Peters las personas que pertenecían a Movimientos Religiosos, no se diferenciaban de los pacientes delirantes en sus puntuaciones en el PDI, ni en sus niveles de convicción, aunque sí presentaron menos malestar y preocupación ante la presencia de estas experiencias psicóticas. Por ello, aunque cuantitativamente se asociaban a la presencia de delirios, al analizar las dimensiones de cada ítem en convicción, preocupación y malestar, sugería que cruzar el umbral psicótico dependía más de la convicción de las creencias que del contenido¹¹⁶.

Desde la consideración del continuum, enmarcado en un modelo dimensional, las experiencias psicóticas representarían variaciones en la salud de la población general. Y esto es así porque desde la perspectiva dimensional no se valora sólo la presencia o ausencia de la experiencia o síntoma psicótico, sino el grado que la persona tiene de la experiencia medida en varias dimensiones, por lo tanto se les puede aplicar un grado de severidad, que va a depender de la frecuencia, grado de desviación, creencia en la experiencia y deterioro funcional^{118, 119}.

Tabla 1. Prevalencia de síntomas pseudopsicóticos en población no-clínica (modificada de Obiols et al. 2008)¹²⁰

Estudio	Año	N	Población	Prevalencia
Peters et al. Delusions Inventory PDI-40 (Peters, Joseph y Garety)	1999	272 no-clínica 20 clínica	Estudiantes universitarios de 19-75 años y psicóticos	25,2%
Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study NEMESIS (Van Os et al.)	2000-01	7076	Población general de 18-64 años	17,5%
Peters et al. Delusions Inventory PDI-21 (Peters et al.)	2004	444 no-clínica 33 clínica	Población general 16-67 años y delirantes 20-62 años	29,8%
Bell, Halligan, Ellis (CAPS)	2005	336 no-clínica 20 psicóticos	Universitarios 18-54 años y psicóticos 25-64 años	11%
1997 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing (Scott et al.)	2006	10641	Población no-clínica mayores de 18 años	11,7%
2001 US National Household Survey on Drug Abuse NHSDA (Mojtabai, R.)	2006	38132	Población no-clínica mayores de 18 años	5,1%
(Loewy et al.)	2007	1020	Estudiantes más de 18 años	35%
(Obiols et al.)	2008	777	Adolescentes españoles	18,1%

Van Os (2009) pretende probar la teoría del continuum y para ello plantea su consideración desde¹⁰⁵:

- 1) La validez distributiva: Que probaría que las enfermedades con un único gen dominante y totalmente penetrante pueden ser conceptualizadas claramente en la dicotomía salud-enfermedad, mediante la acepción ausencia-presencia. No obstante, si no hay nada que influya en ese defecto genético, la enfermedad será la expresión del defecto y tendrá la distribución que tenga dicho defecto genético. En el caso de enfermedades multifactoriales, como los trastornos psiquiátricos, en la que muchas causas contribuyen a una distribución fenotípica, estadísticamente se puede demostrar que la distribución es la media estandarizada y se parte de la teoría del umbral (al alcanzar determinado umbral se produce la dicotomía fenotípica) como responsable de la puesta en marcha. Sin embargo, aunque esto es posible, la mayoría de las tendencias biológicas de la esquizofrenia lo rechazan, al considerar que los efectos de riesgo siguen un patrón lineal y no de umbral.

- 2) La validez psicopatológica: Que establece que la mayoría de los trastornos psicóticos presentan una alta comorbilidad, lo que incidiría en una gran asociación sintomática a nivel psicopatológico. Los trastornos psicóticos representan la correlación de varias dimensiones psicopatológicas, tales como la de síntomas positivos, negativos y afectivos^{121, 122}. Curiosamente, se ha evidenciado que las experiencias psicóticas subclínicas y el concepto relacionado de esquizotipia presentan un patrón similar a lo descrito anteriormente. Las experiencias psicóticas subclínicas positivas¹¹³ se asocian con los síntomas negativos del fenotipo de la psicosis, y cada vez más, los estudios en población general sugieren la presencia de dimensiones similares, afectivas y no afectivas, al fenotipo de la psicosis¹¹⁵.

- 3) Validez epidemiológica: Que presenta mayores conclusiones en la actualidad puesto que parte de las altas tasas de prevalencia e incidencia de experiencias psicóticas en población no clínica y clínica, que avala y sustenta la presencia de esos síntomas de cola que un modelo de acercamiento puramente categorial no podría explicarnos.

Para la confirmación de esto, van Os lleva a cabo un metaanálisis bajo los siguientes parámetros: (a) Estudio de muestras de población general con datos completos y al menos 100 participantes, (b) en los que se informa con exactitud su incidencia o prevalencia a nivel de instrumento y síntomas o experiencias de alucinaciones, delirios, ambas... y (c) las investigaciones originales fueron publicados a partir de 1950.

Se excluyeron los estudios en los que: (a) los participantes fueron reclutados a través de los servicios secundarios o terciarios de salud (por ejemplo, servicios de oftalmología), prisiones o centros de cuidado de ancianos, (b) no había información suficiente para determinar la tasa de prevalencia o incidencia, no se cumplió el tamaño de la muestra, o los criterios de inclusión, (c) más del 20% de los participantes eran mayores de 65 años, (d) aquellos en que la medida de los resultados de experiencias psicóticas pudieran confundirse con otros resultados, como hipomanía o despersonalización y (e) los resultados estaban relacionados con el sueño (alucinaciones hipnopómpicas y hipnagógicas)¹⁰⁵.

Los resultados del estudio demuestran un prototipo de predisposición a la psicosis (Figura 2), basado en el modelo persistencia deterioro muy influido por la exposición adicional a riesgos ambientales como traumas, cannabís o vivir en la ciudad^{123, 124}, que junto a la alta prevalencia de las experiencias psicóticas, su agrupación familiar, la expresión asociada a la edad y la baja tasa de transición a trastorno psicótico son índices de la presencia de un modelo de psicosis que considera que los factores de fondo genéticos inciden en sentido amplio en la distribución y expresión transitoria en población general en su desarrollo. El mal pronóstico vendría de la persistencia y, el trastorno clínico estaría en relación con las exposiciones ambientales que interactúan con el riesgo genético. Es decir, la expresión transitoria del desarrollo de la psicosis puede llegar a ser anormalmente

persistente y clínicamente relevante en función del grado de riesgos ambientales a los que la persona está expuesta¹⁰⁵.

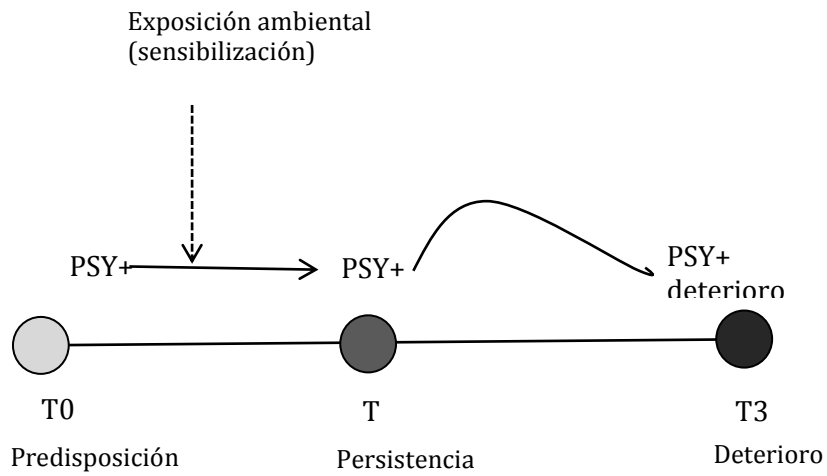


Figura 2. Modelo de predisposición a la psicosis-persistencia-deterioro (tomado de Van Os, 2009). PSY: Psicosis

El fenómeno de la persistencia y el desarrollo subsiguiente de deterioro y, por ende, la necesidad de atención psiquiátrica, por tratarse de un trastorno psicótico diagnosticable, pueden estar relacionados con procesos de sensibilización biológicos y psicológicos¹²⁵.

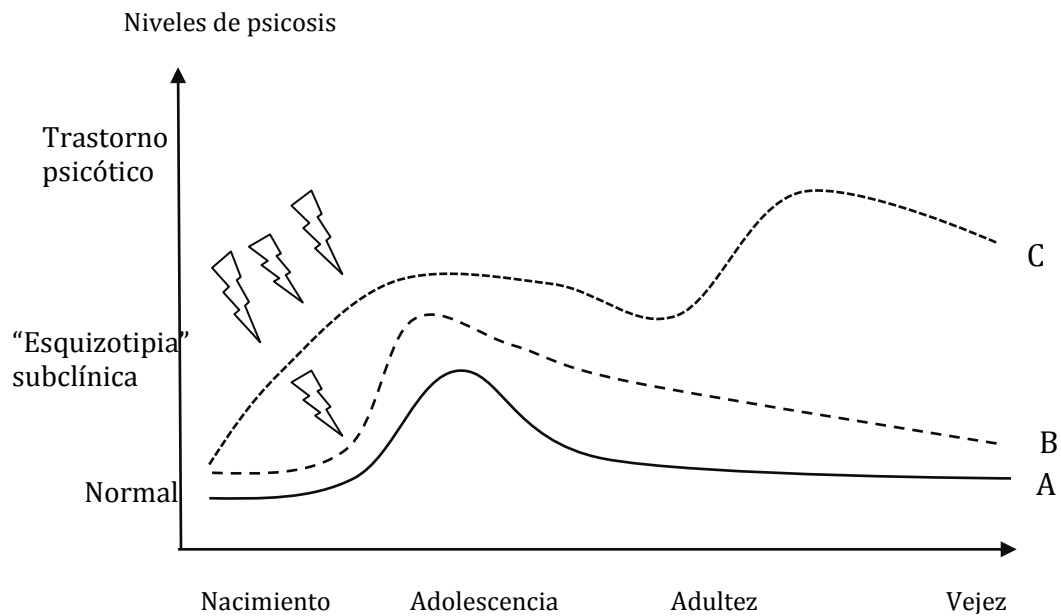


Figura 3. Grado de sensibilización y comienzo del Trastorno Psicótico (tomado de Van Os, 2009)

Como se puede ver en la Figura 3, la persona A tiene un desarrollo "normal" de las experiencias psicóticas subclínicas (predisposición a la psicosis), es decir, transitorio. La persona B tiene una expresión similar, pero mayor persistencia en el tiempo debido a una exposición ambiental adicional leve. La persona C tiene una persistencia más prolongada debido a una severa y repetida exposición ambiental y por ello, con más facilidad se producirá la transición a un trastorno psicótico clínico con un significativo deterioro¹⁰⁵.

Estudios realizados hasta la fecha han intentado buscar los elementos de este modelo de predisposición¹²⁶ y los resultados obtenidos se ajustan al modelo de expuesto; la proporción significativa de trastorno psicótico puede ser conceptualizado a partir del mal resultado de un fenotipo de desarrollo común, caracterizado por la persistencia detectable desde un punto de vista psicométrico de las experiencias psicóticas subclínicas.

Las causas del desorden psicótico pueden atribuirse a factores que inciden en la expresión del desarrollo común y de las experiencias subclínicas transitorias, que se hacen persistentes. De ahí la importancia de su detección temprana y posterior intervención. Por ello se debe de hacer una distinción útil entre las verdaderas experiencias psicóticas subclínicas (Figura 4), cuya prevalencia oscila alrededor del 8%, los síntomas psicóticos subclínicos, que ya se asocian a un grado de sufrimiento (4%) y el trastorno psicótico clínico, en torno al 3%¹⁰⁵.

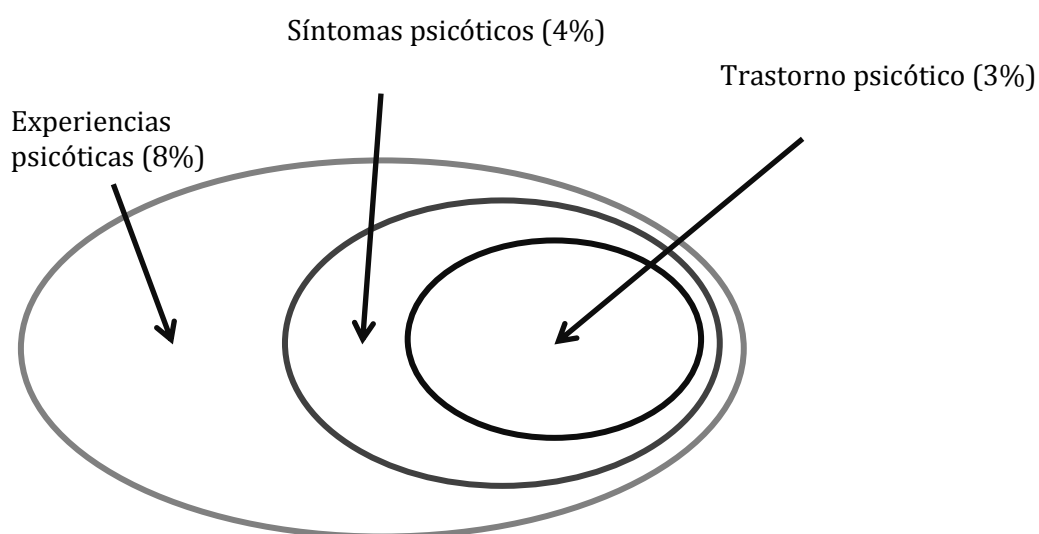


Figura 4. La Psicosis como variación a lo largo de un continuum (tomado de Van Os, 2009)

Hay autores que plantean que las experiencias psicóticas no son una entidad homogénea y que su expresión podría tener distintas significaciones⁶³:

- a) La expresión subyacente de un trastorno mayor, como un trastorno del Yo, o la expresión de un trastorno neurológico. En este caso sugeriría vulnerabilidad a un desorden psicótico.
- b) Experiencias clínicas dentro de un espectro no psicótico, no asociadas al estrés, a malestar o necesariamente a un mayor riesgo de trastorno psicótico.
- c) Están presentes en la población general, no asociadas al estrés, incapacidad o riesgo de un trastorno psiquiátrico, pues son una forma benigna de esquizotipia que no requiere mayor atención.

En base a ello proponen una figura piramidal de cinco niveles (Figura 5) para explicar los posibles estadios en los que un sujeto podría situarse en relación con el paso desde la salud a la enfermedad.

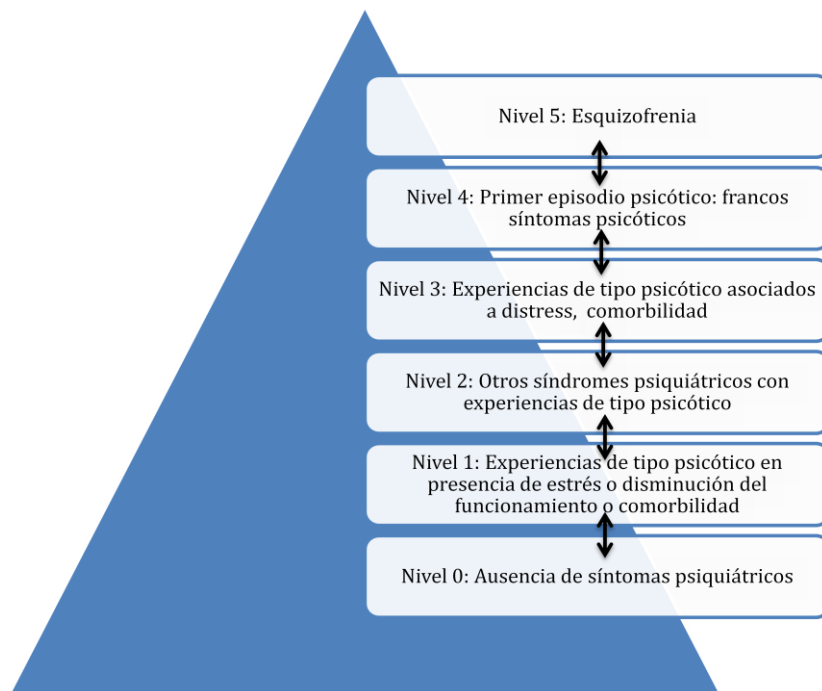


Figura 5. Modelo teórico que explica el paso de la salud al trastorno psicótico (tomado de Langer, 2011)

3.3. Síndrome de síntomas psicóticos atenuados

Basándose en todos los estudios anteriormente señalados se creó un Grupo de Trabajo¹²⁷ con vistas a incluir en el DSM 5, una nueva entidad: el Síndrome de síntomas psicóticos atenuados (SSPA). La justificación se fundamentaba en la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz y se sustentaba en los difusos límites entre salud y enfermedad mental. La intención era hacer prevención en patologías mentales importantes que causan deterioro, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Hasta el momento las clasificaciones DSM han primado la fiabilidad (todos los observadores clínicos realizarían el mismo diagnóstico bajo unos criterios consensuados) sobre la validez, o sea, que lo que se diagnostique exista como entidad y sea válido.

Los criterios propuestos por el grupo de trabajo para el diagnóstico del SSPA, son:

A. Síntomas característicos: se presenta al menos uno de los siguientes en forma atenuada, con juicio de realidad conservado, pero con la severidad y/o frecuencia suficiente como para que no puedan ser olvidados o ignorados:

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado

B. Duración y frecuencia: los síntomas que cumplen el criterio A deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes.

C. Progresión: los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeorado significativamente en el último año.

D. Malestar clínico / Disfunción / Búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción sociolaboral al paciente y/o

padres/cuidadores como para llevar a buscar ayuda.

E. Los síntomas psicóticos atenuados característicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM- V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias.

F. Nunca se han cumplido criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno psicótico.

Se deben cumplir todos los criterios.

Los argumentos que llevan a cabo para respaldar la intervención en los pródromos de la esquizofrenia son:

1. Al inicio de la enfermedad ya están presentes los cambios
2. Déficits cognitivos
3. Disminución de la sustancia gris cerebral
4. Deterioro de las relaciones y habilidades sociales
5. Comportamiento extraño notorio (y el estigma que conlleva)

6. Si no es efectivo en prevención primaria, el comienzo del tratamiento puede retrasar el comienzo del cuadro psicótico o que sea menos grave

Sin embargo, Frances, editor y jefe del grupo de tareas del DSM IV, en un artículo titulado *Abriendo la caja de Pandora*, reseñó las 19 peores sugerencias del DSM 5, y especifica sobre este síndrome lo siguiente¹²⁸:

El Síndrome de Riesgo de Psicosis es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos. No hay pruebas de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos, pero definitivamente

sí causan gran y rápido aumento de peso y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas. Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro.

Frances concuerda con los estudios holandeses de Van Os y col. que muestran que los síntomas psicóticos leves o “atenuados” son frecuentes en la población normal, pero se muestra escéptico ante la intervención temprana en este tipo de experiencias. Una investigación en la que se siguieron durante un año 72 pacientes con alto riesgo de psicosis, obtuvo que en el 59,2% había remitido el criterio y sólo 13,5% habían desarrollado una psicosis completa^{55, 105, 113, 128, 129}.

Lo pre-psicótico es un problema, pero no más que lo psicótico. La diversidad de lo psicótico se fundamenta en la heterogeneidad de sus síntomas y las investigaciones demuestran que las fronteras no son tajantes, pero se necesita más tiempo para poder investigar. Quizás esto es lo que ha determinado que en la publicación definitiva del DSM-5, en mayo de 2013, el Síndrome de síntomas psicóticos atenuados haya sido relegado una vez más a la Sección III del nuevo manual (área de estudio adicional) bajo esta rúbrica: “Esta categoría potencial podría identificar a una persona que no tiene un trastorno psicótico en toda regla, pero exhibe versiones menores de los síntomas relevantes. La identificación de los individuos con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico es significativa para la intervención temprana eficaz, pero se necesitan más estudios para asegurarse de que el síndrome de psicosis atenuada se puede diagnosticar con fiabilidad. La investigación adicional se traducirá en nuevas informaciones y datos que puedan orientar las futuras ediciones del DSM para mejorar el diagnóstico y la atención”¹³⁰.

4. MEDICIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PERCEPTIVAS ANÓMALAS EN POBLACIÓN GENERAL

4.1. Principales instrumentos utilizados en la medición de síntomas psicóticos en población general

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo en este terreno han utilizado escalas autoaplicadas y en menor medida entrevistas, ya sean estructuradas o semiestructuradas⁷². Hay instrumentos de medida que se centran en el estudio de un síntoma, otras intentan recoger diversos síntomas para aunarlos en un síndrome. Lo que sí está comprobado es que las tasas finales varían en función del instrumento empleado.

Uno de los primeros que intentó demostrar este continuum fue Eysenck, cuando incluyó en su cuestionario de personalidad, la dimensión de *psicoticidad*¹³¹⁻¹³³. Posteriormente, a partir de esta dimensión se produjo el desarrollo multidimensional del concepto de esquizotipia¹³⁴, basado en el análisis factorial de diversas escalas de predisposición a la psicosis¹³⁵ y que han constituido la subescalas de *experiencias inusuales*, *desorganización cognitiva*, *anhedonia introvertida*, *disconformidad impulsiva* del Inventario Oxford y Liverpool de sentimientos y experiencias (O-LIFE)¹³⁶⁻¹³⁸.

Otras escalas se han centrado en medir síntomas psicóticos atenuados o leves en población general, en especial los llamados síntomas positivos de la psicosis, especialmente la alucinación y el delirio.

El Inventario de Ideas Delirantes de Peters (PDI)^{116, 139} se construyó a partir del *Present State Examination* (PSE)¹⁴⁰. Investiga las creencias, interpretaciones y experiencias delirantes; aunque no basta con que existan presencia o ausencia de las mismas, sino que estas son valoradas respecto al estrés, preocupación y convicción que producen dichas experiencias en el sujeto, lo que la hace diferente de otro tipo de escalas e inventarios. La Escala de Percepciones Aberrantes (PAS)¹⁴¹ mide el grado de aberraciones de la imagen corporal con ítems relacionados con distorsión de experiencias somáticas y alucinaciones. La *Lanunay-Slade Hallucination Scale* (RLSHS) mide la predisposición a las alucinaciones, en un intento de capturar

fenómenos clínicos alucinatorios reconocibles, tal como “escuchar voces y tener experiencias visuales no reales”^{142, 143}.

La Entrevista Estructurada de Evaluación de Anomalías Perceptual (SIAPA) es un método de evaluación alternativa que se basa en el autoinforme. Está diseñado como una evaluación, que pretende cubrir los cinco sentidos, basada en entrevistas sobre la frecuencia de las anomalías sensoriales y, por tanto, con la desventaja de que requiere mucho tiempo. Por el contrario, la SIAPA, no evalúa directamente los fenómenos alucinatorios, sino que se centra en los cambios en la intensidad sensorial, la atención, y las inundaciones sensorial¹⁴⁴.

En la Tabla 2 se recogen las escalas más utilizadas en las distintas investigaciones en población no clínica^{115, 116, 118, 132-134, 136, 138, 139, 141-143, 145-150}.

Muchas de las medidas psicométricas de la experiencia perceptiva anómala derivan tanto en su contenido como en su lenguaje de la psiquiatría clínica y es evidente que a veces no son válidas cuando se trata de evaluar con precisión la gama completa de las anomalías perceptivas que pueden existir en la población general.

Estos sesgos pueden hacer que las distorsiones perceptuales y cognitivas sean difíciles de separar de manera adecuada. Muchas de las escalas no miden, en pureza, anomalía perceptual; por ejemplo, la Escala de Alucinaciones Launay-Slade, a pesar de su nombre, fusiona elementos relativos de la percepción con la ideación delirante, en una sola medida. También hay una suposición implícita, en algunas escalas, de que los entrevistados son capaces de distinguir entre las experiencias que se derivan de las percepciones que existen en el mundo real y las que puedan surgir de las distorsiones cognitivas. Otras medidas se basan en un concepto relacionado de extrañeza o atipicidad, que presupone que una experiencia perceptual no real ha de presentarse necesariamente como extraña o anómala. Asumir esto, es potencialmente problemático puesto que prácticamente todas las experiencias perceptuales, en estado de vigilia, son verdaderas¹⁵¹. Por supuesto, es posible que las anomalías perceptivas se acompañen de *insight* dentro de su naturaleza inusual, pero es importante que este no sea el único criterio por el cual se miden dichas anomalías. De hecho, existen diversos indicadores de que una experiencia perceptual no es verdadera en un individuo, incluyendo las que puedan surgir sin

una fuente clara, las que no parecen ser compartidas por otras personas de su alrededor y las que se acompañan de una sensación de extrañeza¹¹⁸.

Tabla 2. Principales instrumentos de evaluación de síntomas psicóticos y experiencias relacionadas en población no clínica (modificado de Álvarez, 2005)

Nombre	Referencia	Número Ítems	Medida	Aproximación
Experiential World Inventory (EW)	El-Meligi y Osmond, 1970	400	Anomalías perceptuales	Síntomas
Delusions Symptoms States Inventory (DSSI)	Foulds y Bedford, 1975	84	Inventario de delirios	Síntomas
Perceptual Aberration Scale (PAS)	L. J. Chapman, Chapman y Rawlin, 1978	35	Aberraciones y distorsiones perceptuales	Síntomas
Launay-Slade Hallucination Scale LSH	Launay y Slade, 1981	12	Predisposición a las alucinaciones	Síntomas
Magical Ideation Scale (MIS)	Eckblad y Chapman, 1983	30	Creencias supersticiosas	Síntomas
Hallucinations Questionnaire (HQ)	Posey y Losch, 1983		Predisposición a la alucinación	Síntomas
Psychoticism Scale (P)	H. J. Eysenck, 1992; H. J. Eysenck y Eysenck, 1975	25	Predisposición a la psicosis	Rasgos
Psychoticism Scale revised (P)	S.B.G. Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985	32	Predisposición a la psicosis	Rasgos

Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences (O-LIFE)	Mason, Claridge y Jackson, 1995	159	Experiencias Inusuales, Desorganización Cognitiva, Anhedonia Introvertida, Disconformidad Impulsiva	Síndrome
Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences-Reducido (O-LIFE)	Gutiérrez Maldonado, Barrantes-Vidal, Obiols, Aguilar Alonso y Aguilar Mediavilla, 1999	40	Forma breve de la adaptación al castellano del O-LIFE. Experiencias Inusuales, Desorganización Cognitiva, Anhedonia Introvertida, Disconformidad Impulsiva	Síndrome
Delusion Inventory (PDI)	Peters et al. 1999	21	Experiencias relacionadas con los delirios	Síntomas
Comunity Assesment of Psychotic Experiences (CAPE)	Stefanis et al. 2002	42	Síntomas de tipo psicótico	Síntomas
The Cardiff Anomalous Perception Scale (CAPS)	Bell, Halligan y Ellis, 2006	32	Experiencias perceptuales anómalas	Experiencias

Otro inconveniente de la evaluación de las anomalías perceptivas, extrapolando exclusivamente desde el contexto de la psiquiatría clínica es la sobrevaloración de los fenómenos alucinatorios visuales y auditivas¹⁵². Por ejemplo, las escalas sobre fenómenos alucinatorios en la población general indican que las alucinaciones olfativas y gustativas son particularmente comunes; sin embargo, estas modalidades raramente se exploran en medidas psicométricas de alucinación o predisposición a la psicosis¹¹⁸.

Del mismo modo, tampoco son investigadas en estas escalas las alteraciones en la intensidad sensorial, ni las anomalías perceptuales asociados con perturbaciones del lóbulo temporal, a pesar del hecho de que los trastornos del lóbulo temporal se han relacionado con el continuum de la psicosis^{153, 154}, con creencias y experiencias paranormales, y con fenómenos perceptuales anómalos en población general^{155, 156}. Por lo tanto, existía la necesidad de una escala global capaz de medir una amplia gama de experiencia sensorial, que abarcara tanto a las poblaciones clínicas como a las no clínicas.

Todo lo anterior es lo que justifica y motiva a Bell et al.¹¹⁸ para la creación de una nueva escala de experiencias perceptivas anómalas, la escala de Cardiff.

4.2. Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff

El objetivo de los autores al diseñar la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) era construir una medida psicométrica válida y fiable de las anomalías perceptivas.

Esta escala, fundamentalmente, no tiene en cuenta el contexto de la clínica psiquiátrica y considera las experiencias subjetivas desde diferentes rasgos de introspección. La CAPS incluye ítems relativos a distorsiones en la intensidad de la percepción, experiencias en todas las modalidades sensoriales y experiencias sensoriales, tradicionalmente asociadas con trastornos del lóbulo temporal.

Una vez demostrada la utilidad de las calificaciones dimensionales en el Inventario de Ideas Delirantes de Peters^{116, 139}, también se incluyeron estas dimensiones para medir malestar asociado, intrusión, y frecuencia, de cada experiencia probada.

Para ello los autores tuvieron en cuenta las medidas relacionadas con la predisposición a la psicosis, la predisposición a la alucinación, la evaluación clínica de la psicosis, ideación delirante y mágica, y la experiencia de alucinaciones discriminatorias, incluyendo alteraciones del lóbulo temporal. En la Tabla 3 se muestran los artículos relativos a la experiencia sensorial, que manejaron los autores.

Tabla 3. Instrumentos revisados para la creación de la CAPS (tomado de Bell, 2006)

SCALE OR ASSESMENT	AUTHORS
Present State Examination	Wing et al.
Magical Ideation Scale	Eckblad and Chapman
Makarec and Persinger Temporal Lobe Scale	Makarec and Persinger
Scale for the Assessment of Positive Symptoms	Andreasen
Psychosis Screening Questionnaire	Bebbington and Nayani
Oxford and Liverpool Inventory of Feelings and Experiences schizotypy scale	Mason et al.
Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies	Bunney et al.
Peters et al. Delusions Inventory	Peters et al.
Revised Launay-Slade Hallucinations Scale	Morrison et al.

Se pretendía trabajar, en particular, en la experiencia perceptual anómala, más que otros aspectos más generales de la esquizotipia y psicosis, como la experiencia o la predisposición, experiencias relacionadas con la emisión, la inserción y el bloqueo del pensamiento y se excluyó, la interferencia del pensamiento, a menos que hubiera sido experimentado posteriormente a través de uno de los sentidos (por ejemplo, “escuchar mis pensamientos en alto”). También fueron excluidos, todas aquellas experiencias hipnopómpicas, hipnagógicas, u otras relacionada con los estados de sueño, con el fin de excluir cualquier experiencia que no se produzca en estado de vigilia.

En la escala final, cada elemento se presenta como una cuestión. Un total de 32 ítems que requieren una respuesta de “sí” o “no”. Si la experiencia se produce, ha

de ser cualificada en tres dimensiones: Perturbación, intrusión y frecuencia, en una Escala Likert (1-5). Los ítems finales de la CAPS, por categorías, son los siguientes:

- **Cambios en los niveles de intensidad sensorial en los sentidos dominantes (Vista, Oído, Gusto, Tacto y Olfato)**

1. ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?
18. ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?
20. ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?
21. ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?
23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?

- **Tener experiencias sensoriales no compartidas (Vista, Oído y Olfato)**

31. ¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?
32. ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?

- **Experiencias sensoriales distorsionadas o Inusuales (Vista, Oído, Gusto, Tacto y Olfato)**

5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual y otras sensaciones extrañas en su cuerpo?
16. ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?
25. ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?
26. ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?

30. ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?

- **Experiencias inusuales de origen inexplicable (Vista, Oído, Gusto, Tacto y Olfato)**

4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?

6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?

8. ¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no provenir de su alrededor?

12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?

14. ¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?

28. ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?

- **Distorsión de la forma (tamaño y figura) del propio cuerpo o del mundo exterior**

9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?

10. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?

19. ¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?

22. ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?

- **Alucinaciones verbales.**

11. ¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?

13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?

28. ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?

- **Inundaciones sensoriales**

15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?

17. ¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?

- **Lóbulo Temporal**

2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?

10. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?

24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?

27. ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?

**Nota de los autores¹¹⁸: Algunas preguntas pueden aparecer en más de una categoría.*

En el estudio de validación de la CAPS, los autores obtuvieron en el análisis de componentes principales 7 factores con valores propios por encima de 1 y que en conjunto explicaban el 50,26% de la varianza total. El análisis de sedimentación mostró una ruptura después del tercer componente por lo que llevaron a cabo un análisis de componentes principales adicional con extracción de tres factores, que explicaba el 33,07% de la varianza y que se conformaba de la siguiente manera:

- Primer factor (denominado experiencias del lóbulo temporal) formado por los ítems: 26, 4, 32, 10, 12, 24, 2, 1, 16, 27 y 6.
- Segundo factor (denominado quimiosensaciones) formado por los ítems: 30, 18, 29, 21, 14, 25, 29 y 8.

- Tercer factor (denominado psicosis clínica) formado por los ítems: 7, 11, 3 y 31.

Los autores concluían que la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff era una medida útil de las experiencias perceptivas anómalas con independencia del diagnóstico psiquiátrico. La presencia de distintos factores explicaría que hay múltiples mecanismos subyacentes para la presencia de estas experiencias anómalas de la percepción y que el continuum de la psicosis está influenciado por diversas fuentes de distorsiones perceptivas.

JUSTIFICACIÓN

Es un hecho constatado que en población general, con un porcentaje alrededor del 8%, se pueden presentar síntomas que se asemejan a los que se diagnostican en los trastornos psicóticos. Aunque han sido denominados de muchas maneras: predisposición a la psicosis (*psychosis proneness*), experiencias psicóticas (*psychotic experiences*), esquizotipia (*schizotypy*), alto riesgo de estados mentales (*at-risk mental states*), todas ponen de manifiesto el problema de la frágil línea divisoria entre salud y enfermedad.

Un problema similar en cuanto al continuum, es el controvertido concepto de Psicosis única, que tiene su primera referencia en siglo I, cuando Areteo de Capadocia fundamentó que: *existía una sola locura de la que se derivaban todas*. El nombre se le adscribe a H. Neumann (1814-1884), quien ha sido considerado por algunos el «padre» de la psicosis única, en su *Lehrbuch der Psychiatrie*, del año 1859, decía: *Existe una sola forma de alteración psíquica, nosotros la denominamos locura (das Irresein)*. Georget, Guislain, Zeller, entre otros, optaron por este mismo tipo de formulación, pero fue W. Griesinger (1818-1867) quien la consolidó en su tratado, aunque tuvo muchos detractores de su teoría. Kraepelin, y su formulación categorial, que diferenciaba claramente la Demencia Precoz de la Psicosis Maniaco-Depresiva, atendiendo al curso de la enfermedad, enterró la teoría de la Psicosis única. Sin embargo, en 1919 escribió: *el punto más importante del diagnóstico pero también el más difícil es distinguir la demencia precoz de la locura maniaco-depresiva; la delimitación a veces es sencilla, pero compleja en aquellos casos que muestran una mezcla de síntomas de ambas psicosis*.

Para Bleuler (1911) era importante: *reconocer que los síntomas pueden existir en grados muy diversos en toda la escala que va desde lo patológico a lo normal, quizás adelantándose a algunos planteamientos dimensionales actuales*. Y Kretschmer (1925) decía: *Las psicosis endógenas no son más que marcadas acentuaciones de tipos normales de temperamentos*, postura claramente distinta a la más común de considerar la existencia de un salto cualitativo entre la normalidad y los trastornos mentales.

Sin lugar a dudas, en el mundo de lengua española fue Bartolomé Llópis la figura que más se distinguió en la defensa del paradigma de la psicosis única, bajo un

síndrome axial común para todas las psicosis.

Estas pocas referencias ponen de manifiesto el perpetuo enfrentamiento entre teorías basadas en lo categorial y las que se fundamentan en lo dimensional a la hora de concebir el diagnóstico psiquiátrico, que en la actualidad han revivido en los, tan de moda, conceptos de espectro y, por ende, han puesto de nuevo en órbita el modelo de continuum.

El planteamiento dimensional en el estudio de los trastornos mentales supone una continuidad entre lo normal y la patología. Según esto, encontraremos en ambos extremos de cada dimensión características en esencia similares, pero diferentes en cuanto al grado.

Las teorías que propone esta aproximación, no son excluyentes sino aditivas, de tal forma que las dimensiones se disponen en cada persona de una manera única. Además, las personas son susceptibles de desplazarse a lo largo del continuum como reacción a factores ambientales y personales de diversa naturaleza. Asumimos dos tipos de continuum en base a si se expresan a la manera de rasgos atenuados y en forma de signos y síntomas esquizotípicos, que estarían más en relación con el concepto de espectro o si se formula bajo la hipótesis de que la presencia de síntomas psicóticos en población general es un hecho, pero no va invariablemente asociado a la presencia del trastorno.

Ante todo lo expuesto quedan muchas preguntas sin respuesta; preguntas que convergen en planteamientos alrededor de si tener este tipo de síntomas psicóticos o experiencias perceptivas anómalas podrían ser la antesala de un trastorno psiquiátrico. Para ello, disponemos de instrumentos de medida en población general, pero la mayoría de ellos, se han construido teniendo como sustento el lenguaje de la psiquiatría clínica, lo que los hace poco válidas para medir con precisión la amplia gama de anomalías perceptivas que pueden existir en la población general.

La presente tesis, parte de los supuestos que establecen un continuum entre normalidad y patología y, se centra en la adaptación al español del único instrumento de medición existente que cuantifica y cualifica con rigor experiencias

perceptivas anómalas en población general, la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS), que hasta el momento solo estaba disponible en su versión en inglés.

El uso de este instrumento nos permite obtener resultados más precisos frente a la visión sesgada de algunos estudios que contemplan sólo la medición de síntomas (alucinaciones, delirios, anhedonia...). Por otra parte, su traducción al español amplía su utilización en otras poblaciones generales con lo que se pueden extraer conclusiones más amplias y contribuir de esta manera a un mejor estudio de dichas experiencias. Por último, su uso abre nuevas vías de investigación en los sujetos que presentan estas experiencias perceptiva anómalas con el fin de buscar qué factores inciden en su presencia tal como personalidad, endofenotipos, distorsiones cognitivas, creencias... y cómo sería posible esa transición desde la salud a la enfermedad.

HIPÓTESIS

En base a lo expuesto anteriormente nos hemos planteado las siguientes hipótesis:

1. Las experiencias perceptivas anómalas se presentan en población general y pueden ser evaluadas objetivamente mediante cuestionarios específicos.
2. La adaptación española de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) presenta una fiabilidad y validez adecuada según los estándares internacionales.

OBJETIVOS

Para la contrastación de las hipótesis planteadas se formulan los siguientes objetivos.

Objetivo general

Adaptar y validar al español la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff para población general.

Objetivos específicos:

Determinar la fiabilidad interna de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general mediante:

- Determinar la validez convergente-divergente de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.
- Determinar la validez discriminante de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS).
- Realizar el análisis factorial de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta Tesis Doctoral se ha diseñado como un estudio descriptivo, controlado y transversal. La muestra se ha obtenido por medio de un muestreo no probabilístico de tipo incidental, siendo ésta representativa de la población a estudio.

La Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba certifica que el proyecto respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y el Convenio de Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina.

A lo largo del primer y segundo año se procedió a la recogida completa de la muestra tanto clínica como no clínica.

Todos los sujetos fueron informados por el Investigador en cuanto al objetivo que se pretendía con el estudio, el carácter voluntario de su participación, sobre el acceso a los datos y su confidencialidad, dando su conformidad de manera oral o escrita.

1. MATERIAL HUMANO

La muestra total estaba constituida por 409 sujetos. Éstos conformaban a su vez tres muestras, una principal compuesta por sujetos de población general (319), una segunda por pacientes diagnosticados de esquizofrenia (40) y una tercera por pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (50). Tanto la muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia como de trastorno de ansiedad se utilizaron para el estudio de la validez discriminante.

1.1. Muestra de población general (M1)

Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística la población comprendida entre los 18 y los 45 años asciende a aproximadamente a los 18.721.053 (datos a diciembre de 2011). Se calculó el tamaño muestral, suponiendo un error bilateral del 5%, una potencia de la prueba del 80% ($\beta=20\%$) y un error de la estimación de la diferencia de proporciones del 5%. De esta manera, la muestra representativa de la población de estudio sería de 203 sujetos. Asumiendo hasta un

15% de pérdidas finalmente la muestra quedó constituida por 324 estudiantes universitarios.

Los criterios de inclusión-exclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Hombres y mujeres de entre 18 y 40 años. Raza blanca caucásica.
- Ausencia de antecedentes tanto personales como familiares de enfermedad psicótica.

De los 324 sujetos fueron excluidos del análisis 5 al quedar incompletos los cuestionarios por lo que la muestra final quedó en 319, con una edad media de 20,12 años ($\pm 2,43$), de los cuales 220 eran mujeres (69%) y 99 hombres (31%).

Los participantes cumplieron los cuestionarios en una ocasión y de forma colectiva, en grupos de 60-70 aproximadamente. El estudio se presentó a los participantes como una investigación de las alteraciones de la percepción, asegurándoles la confidencialidad de los datos así como el carácter voluntario y no retribuido de su participación, confirmando su consentimiento para ser incluidos. En todo momento se aseguró la presencia de un investigador. Un total de 71 participantes completaron la CAPS en una segunda ocasión, seis meses más tarde.

1.2.Muestra de pacientes con esquizofrenia (M2)

Compuesto tanto por pacientes ingresados en la unidad de Hospitalización de Agudos una vez estabilizados, como en seguimiento en consulta ambulatoria durante los años 2012 y 2013. Fueron reclutados un total de 40 sujetos tras comprobar que cumplían criterios de esquizofrenia según el DSM-IV-TR.

Los criterios de inclusión-exclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Hombres y mujeres de entre 18 y 40 años. Raza blanca caucásica.
- Diagnostico confirmado en base a los criterios del DSM-IV-TR de esquizofrenia (F20).
- Ausencia de deterioro cognitivo invalidante.

1.3.Muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (M3)

Compuesto por pacientes en seguimiento en consulta ambulatoria diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1) o de trastorno de angustia con agorafobia (F40.01). Fueron reclutados un total de 50 sujetos repartidos en ambos grupos.

Los criterios de inclusión-exclusión para el estudio fueron los siguientes:

- Hombres y mujeres de entre 18 y 40 años. Raza blanca caucásica.
- Diagnostico confirmado en base a los criterios del DSM-IV-TR de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1) o de trastorno de angustia con agorafobia (F40.01).
- Ausencia de antecedentes personales de sintomatología psicótica.

2. MATERIAL TESTOLÓGICO

2.1.Instrumentos de evaluación comunes a las tres muestras

2.1.1. Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS)

Este cuestionario consta de 32 ítems en formato de respuesta dicotómica Si/No. La puntuación total se obtiene sumando cada uno de los ítems, por lo que el rango para la CAPS es de 0 (bajo) a 32 (alto). Asimismo, cada uno de los ítems consta de tres dimensiones que miden el grado de perturbación, invasión y la frecuencia con una puntuación de tipo Likert (1-5), por lo que cada una de ellas va desde 0 a 160. Estas tres dimensiones buscan valorar qué relevancia tiene la experiencia para el sujeto.

Partimos de la escala original en inglés validada por Bell et al. (2006)¹¹⁸, que presentaba una adecuada fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,87), unas correlaciones test-retest aceptables (CAPS total 0,779 $p<0,05$; CAPS perturbación 0,779 $p<0,05$; CAPS intrusión 0,783 $p<0,05$ y CAPS frecuencia 0,778 $p<0,05$). La validez tanto convergente como discriminante fue asimismo adecuada y mostró una

estructura en tres factores tal y como ya se expuso previamente en el repaso conceptual.

2.2. Instrumentos de evaluación de la muestra de Población General (M1)

Los sujetos que conformaban la muestra de población general cumplieron otros tres cuestionarios que valoran la propensión a la psicosis o síntomas psicóticos atenuados, validados al español y con gran experiencia de uso en estas poblaciones. Dichas escalas son:

2.2.1. Inventario de Ideas Delirantes de Peters de 21-Items (PDI-21)

El inventario de Ideas Delirantes de Peters et al.-21 (2004)¹¹⁶ es un cuestionario autoaplicado que fue diseñado para la evaluación de sintomatología delirante en población general. Consta de un total de 21 ítems en formato de respuesta dicotómica (Si/No). La puntuación total se obtiene de la suma de las respuestas positivas por lo que como máximo puede obtenerse una puntuación de 21, a mayor puntuación se infiere una mayor sintomatología delirante. Cada ítem se compone a su vez de tres subescalas que miden el grado de convicción, preocupación y estrés. Para las mismas, el sistema de puntuación es tipo Likert (1-5) y tan solo deben cumplimentarse en caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta.

El estudio original demostró tener una buena consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez concurrente y discriminante y validez de criterio (en una muestra de pacientes delirantes).

López-Ilundain et al, 2006¹⁵⁷ realizaron la adaptación española de la PDI-21 a partir de una muestra de 365 sujetos (36,06 años, DS 12,4). El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,75. Los índices de discriminación ítem-cuestionario total fueron superiores a 0,25. El análisis factorial reveló la presencia de siete factores que explicaban el 53,7% de la varianza total. Los factores fueron: vivencia de influencia, culpa, conspiraciones y persecuciones, grandiosidad, referencialidad, pensamiento mágico y religiosidad. Así mismo, encontraron una correlación negativa entre las

puntuaciones de la PDI-21 y la edad tras ser ajustados para el sexo y el nivel educativo, de manera que cuantos más jóvenes son los sujetos, mayor es la intensidad de los síntomas.

2.2.2. Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS)

La Escala Revisada de Predisposición Alucinatoria de Launay-Slade¹⁵⁸, es un autoinforme empleado para la valoración de la predisposición alucinatoria tanto en población general como clínica. La RLSHS consta de un total de 12 afirmaciones de formato tipo Likert con 4 categorías (1= “Seguramente no se aplica a mí”, 2= “Posiblemente no se aplica a mí”, 3= “Posiblemente se aplique a mí”, 4= “Ciertamente se aplica a mí”). Las puntuaciones oscilan entre los 12 y los 48 puntos; cuánto más alta es la puntuación mayor es la predisposición a padecer alucinaciones.

La versión española de la RLSHS¹⁵⁹ mostró unas adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de Cronbach mayor de 0,83. El análisis factorial confirmatorio mostró que la estructura en tres factores (eventos mentales vividos, alucinaciones religiosas y experiencias alucinatorias visuales y auditivas) y en cuatro factores (ensoñaciones, alucinaciones auditivas clínicas, pensamientos intrusivos y formas subclínicas alucinatorias) eran las que mejor se ajustaban al modelo.

2.2.3. Inventario Reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE-R) de 40 Ítems

El inventario reducido de Oxford-Liverpool^{137, 160, 161} de sentimientos y experiencias se compone de 40 ítems, frente a los 159 de la escala original en su versión española. Las respuestas son en forma dicotómica (Sí/No) y ofrece puntuaciones para cuatro escalas: Experiencias Inusuales (EI), Desorganización Cognitiva (DC), Anhedonia introvertida (AI) y Disconformidad Impulsiva (DI). La corrección de cada escala se realiza mediante la contabilización de los correspondientes ítems respondidos en el sentido esperado.

Tabla 4. Ítems que componen las escalas del Cuestionario O-LIFE-R para la versión de 40 ítems. En cursiva los ítems que tienen un sentido inverso

ESCALA	ITEMS
Experiencias inusuales (EI)	7,9,14,15,20,23,25,31,35,40
Desorganización cognitiva (DC)	1,6,10,13,17,18,19,26,28,36
Anhedonia introvertida (AI)	3,12,24,27 <i>21,22,32,33,38,39</i>
Disconformidad impulsiva (DI)	2,4,5,8,16,29,30,34,37 <i>11</i>

Este cuestionario aporta múltiples ventajas debido a su fácil administración, el que esté dirigida a población adulta y el que contempla cuatro factores que dan lugar a cuatro puntuaciones independientes. Finalmente decidimos optar por el cuestionario reducido¹⁶² dado que en diferentes estudios ha demostrado la idoneidad para evaluar la personalidad esquizotípica en sustitución del O-LIFE¹⁶⁰.

2.3. Instrumentos de evaluación de la muestra de pacientes con esquizofrenia (M2)

Empleamos una escala para la tipificación del trastorno con el objeto de poder cuantificar la presencia de síntomas tanto positivos como negativos en los pacientes evaluados.

2.3.1. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica^{163, 164} valora los síntomas de los pacientes con esquizofrenia, utilizándose incluso como medida de gravedad y de subtipificación (positivo o negativo). La versión que se emplea con más frecuencia es la de 18 ítems (la versión original constaba de 16 ítems). Cada ítem se puntúa por medio de una escala tipo Likert de 5 valores que oscilan entre 0= “ausencia del síntoma” a 4= “muy grave”, y es administrada por el clínico empleando la técnica de entrevista semiestructurada.

La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. La puntuación total se

obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que puede oscilar entre 0 y 72. La puntuación de los síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). La puntuación de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos inusuales del pensamiento). Ambas oscilan entre 0 y 16 puntos.

2.4. Instrumentos de evaluación de la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (M3)

La elección de escalas validadas específicamente para diferentes aspectos de los trastornos de ansiedad tenía como objeto poder cuantificar el componente de ansiedad, que confirmaran su diagnóstico, así como los niveles de preocupación y de estrés que de alguna manera pudieran influenciar en los resultados obtenidos.

2.4.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad

La escala de ansiedad de Hamilton¹⁶⁵ tiene como objetivo la evaluación de la intensidad de la ansiedad. Está conformada por un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad así como un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas empleando escala tipo Likert (0= "ausencia del síntoma" a 4= "síntoma muy grave o incapacitante"). La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems pudiendo oscilar en un rango de 0 (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo de ansiedad). La versión española ha demostrado en diferentes estudios unas adecuadas propiedades psicométricas, mostrando un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88.

2.4.2. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La DASS-21 es una versión breve de la de la escala original (compuesta por 42 ítems)¹⁶⁶. Se trata de un autoinforme empleado para la medición de estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Las respuestas se muestran

en formato tipo Likert con 4 categorías (0= “no me ocurre”; 1= “a veces me ocurre”; 2= “bastantes veces me ocurre”; 3= “casi siempre me ocurre”). Cada una de las tres subescalas está compuesta por 7 ítems diseñados para la valoración de éstas. La puntuación de cada una de las subescalas se calcula mediante la suma de dichos ítems.

La versión española¹⁶⁷ ha demostrado en diferentes estudios unas adecuadas propiedades psicométricas, mostrando un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96 para la escala total, 0,93 para la subescala de depresión, 0,86 para la de ansiedad y 0,91 para la de estrés. La validez convergente y discriminante así como el análisis factorial es similar al obtenido en la validación de la versión inglesa.

2.4.3. Cuestionario de Preocupación PSWQ

El cuestionario de Preocupación PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*) es una medida de rango de ansiedad que evalúa la tendencia general a experimentar preocupación^{168, 169}. Evalúa la preocupación como un fenómeno incontrolable, generalizado y excesivo. Es dicha experiencia lo que constituye la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada, aunque no es exclusiva de éste dado que se encuentra presente en otros trastornos de ansiedad.

Para el presente estudio utilizamos la PSWQ-11, versión reducida de la original compuesta por 11 ítems (parte del cuestionario cuyos ítems están formulados de forma directa), con respuesta de tipo Likert de 5 puntos (1= “no es en absoluto típico en mí”; 5= “es muy típico en mí”).

La versión española de 11 ítems ha demostrado una adecuada fiabilidad (alfa de Cronbach 0,92), estabilidad temporal (alfa de Cronbach para la prueba test-retest 0,85) y fiabilidad de análisis de los ítems (correlación corregida ítem-escala), siendo mayor esta última para la versión de 11 ítems.

3. MÉTODO

3.1.Traducción

Tras recibir autorización del autor de la escala para su adaptación seguimos las recomendaciones existentes para el proceso de traducción. Empleamos la técnica de traducción-retrotraducción dado que es el método que se considera más completo y garantiza una mayor calidad. En una fase inicial, tras comprobar que las experiencias que evaluaba la escala se mostraban en población española, se procedió a la traducción de la versión inglesa original al español. A partir de dicha traducción, varios evaluadores midieron las diferencias semánticas entre la escala original y la versión traducida sobre la que se hicieron diferentes modificaciones. Con dicha versión provisional se realizó un estudio piloto con sujetos de población general tras los que se analizaron los resultados y sugerencias. De esta forma se alcanzó una versión en español que se consideró adecuada sobre la que se realizó la retrotraducción al inglés. Tras compararla con la versión original en equivalencia semántica y con la aprobación del autor quedó como la versión definitiva, con la cual iniciamos el proceso de validación de dicho instrumento¹⁷⁰.

3.2.Estadístico

El análisis estadístico lo llevamos a cabo con el programa *Statistical Package for the Socieal Science* 20. En el análisis estadístico de las características sociodemográficas de la muestra se emplearon las siguientes técnicas estadísticas: medidas de distribución de frecuencias y de tendencia central con su correspondiente desviación estándar, mediana y rango. Para la comparación entre variables cualitativas se emplearon técnicas de chi cuadrado (χ^2), mientras que en el caso de variables cuantitativas se empleó la prueba U de Mann-Whitney (la prueba normalidad (Kolmogorov-Smirnof) demostraba una distribución no normal para algunas de las puntuaciones), a menos que se especifique lo contrario. Las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas para una $p < 0,05$.

La validación de un instrumento es esencial para determinar la calidad de la escala que vamos a utilizar. Las características métricas principales para llevarlo a cabo son la fiabilidad y la validez.

La fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y la precisión de los resultados que obtenemos al utilizar nuestra escala, evalúa la consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Hablamos de que una escala es fiable cuando los resultados que obtenemos son comparables en situaciones similares. Se cuantifica a través de coeficientes de correlación que van del 0, no existe correlación, al 1, la correlación es máxima. Para la mayoría de los autores, un coeficiente de correlación aceptable se sitúa entre 0,7 y 0.9.

El coeficiente alfa de Cronbach es una medida de fiabilidad al medir la correlación de los ítems dentro del cuestionario, valorando como los diferentes ítems miden las diferentes características. Es considerado uno de los índices más indicados para la valoración de la consistencia interna. Sus valores oscilan entre 0-1 y, a mayor valor mayor fiabilidad.

Otro método empleado es la valoración de la estabilidad, la cual nos da información sobre la constancia de las respuestas en mediciones sucesivas. El Test-retest es el más empleado dado que es sencillo y fácil de utilizar. Consiste en utilizar el mismo cuestionario en los mismos sujetos en distintas situaciones y comparar los resultados. Debe calcularse un intervalo de tiempo en el que suponemos que no debería haber cambios entre nuestros sujetos. Para la evaluación de la estabilidad mediante la prueba de test-retest puede emplearse el coeficiente de correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclase.

La validez explora el grado en que el instrumento mide lo que debería medir. La validez de constructo se relaciona con la coincidencia de medida con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Los métodos para su evaluación son la validez convergente-divergente, el análisis factorial y la validez discriminante.

La validez convergente se basa en la hipótesis de que el instrumento a validar se correlaciona con variables de otros que deberían estar relacionados con él. Las variables con las que no se espera que se tenga relación nos hablan acerca de la validez divergente. Se podría decir que la validez convergente mide sensibilidad y la divergente especificidad.

El análisis factorial es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamadas factores. Se utiliza para detectar dimensiones subyacentes que agrupan un número determinado de ítems de dicho instrumento. Hay dos tipos de análisis factorial, el exploratorio y el confirmatorio. El primero se emplea cuando no se conocen los factores previamente y el segundo cuando se parte de unos factores definidos con anterioridad y lo que se busca es comprobar su adecuación al constructo teórico. La interpretación de los factores se lleva a cabo a través de las cargas factoriales de los ítems que los componen.

Por último, la validez discriminante hace referencia a la capacidad del instrumento para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes. Se puede estimar a través de diferentes métodos como por ejemplo: test de Mann-Whitney, coeficiente de correlación¹⁷⁰.

Realizamos así mismo pruebas de asociación (correlación de Pearson) entre los resultados de la escala CAPS y el resto de escalas empleadas, para las muestras de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y de trastorno de ansiedad (Muestras 2 y 3).

RESULTADOS

1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

1.1. Resultados descriptivos de variables sociodemográficas

1.1.1. Muestra de población general (M1)

1.1.1.1. Género

De los 319 sujetos que componen la muestra de población general, la distribución por géneros y el porcentaje correspondiente a cada uno fue el siguiente:

Tabla 5. Tabla de frecuencias para el género en población general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombres	99	31,0	31,0	31,0
Mujeres	220	69,0	69,0	100,0
Total	319	100,0	100,0	100,0

1.1.1.2. Edad

La edad media de los integrantes de esta muestra fue de 20 años (desviación típica de $\pm 2,3$) y un rango de los 18 a los 38 años. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a su edad.

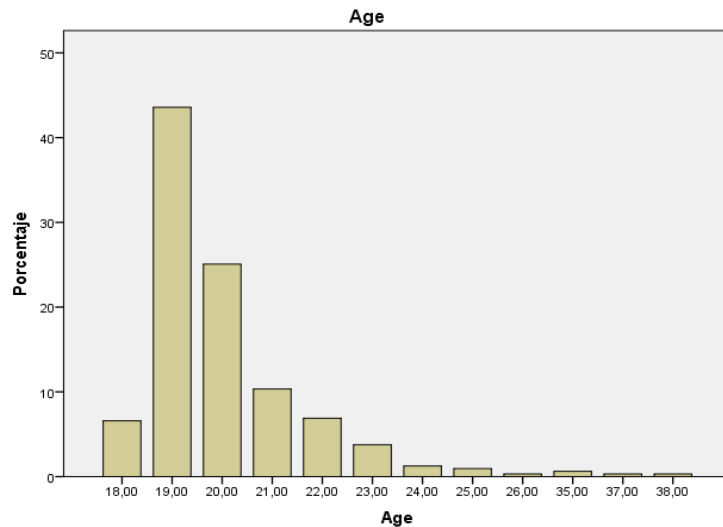


Gráfico 1. Distribución de la edad en la muestra de población general

1.1.1.3. Estado civil y nivel de estudios

El 82,1% de la muestra estaba soltero frente a un 16,9% que afirmaba tener pareja.

Tabla 6. Tabla de frecuencias para el estado civil en la muestra de población general

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	262	82,1	82,1
	Casado	2	0,6	0,6
	Divorciado	1	0,3	0,3
	Con pareja	54	16,9	16,9
	Total	319	100,0	100,0

En relación al nivel educativo, el 100% de la muestra se encontraba cursando sus estudios universitarios.

1.1.1.4. Antecedentes personales de sintomatología psiquiátrica (No psicótica)

Un 15% refería tener antecedentes psiquiátricos o psicológicos. La sintomatología referida con mayor frecuencia en este caso fueron los trastornos de ansiedad (27,1%) seguida de los trastornos relacionados con la conducta alimentaria (14,6%) y los trastornos afectivos (6,3%), siendo el resto de trastornos mucho más infrecuentes. Tan solo un 5% refería haber realizado previamente tratamiento psiquiátrico.

1.1.1.5. Antecedentes familiares

Un 17,2% refería antecedentes familiares de patología psiquiátrica frente al 82,8% que no los presentaba.

1.1.2. Muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (M2)

1.1.2.1. Género

De los 40 sujetos que conforman la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide 30 (75%) son hombres y 10 (25%) mujeres.

1.1.2.2. Edad

La edad media para esta muestra fue de 32,52 años (desviación típica 5,6), una mediana de 35 años, con un mínimo de 21 y un máximo de 39 años.

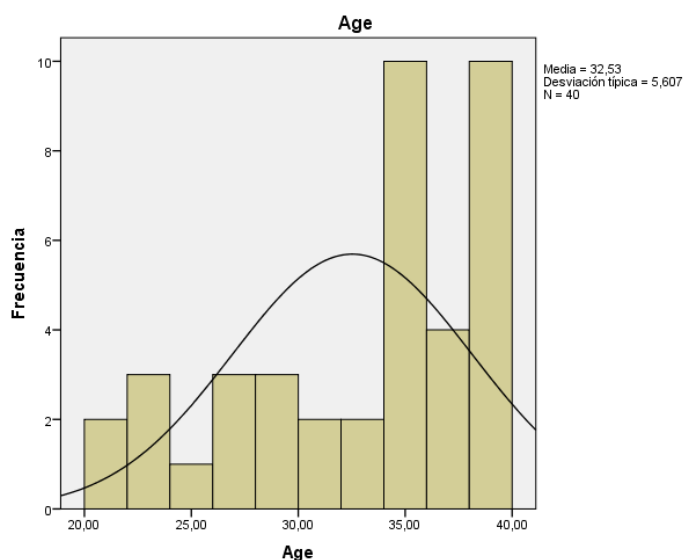


Gráfico 2. Distribución de la edad en la muestra de pacientes con esquizofrenia

Los hombres presentaban una media de edad de 31,6 (desviación típica 5,82), mediana de 35, mínimo de 21 y máximo de 39. La media de edad de las mujeres fue de 35,1 años (desviación típica 4,14), mediana de 36, mínimo de 27 años y máximo de 39. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad y el género, por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos (U de Mann-Whitney para muestras independientes, $p=0,102$).

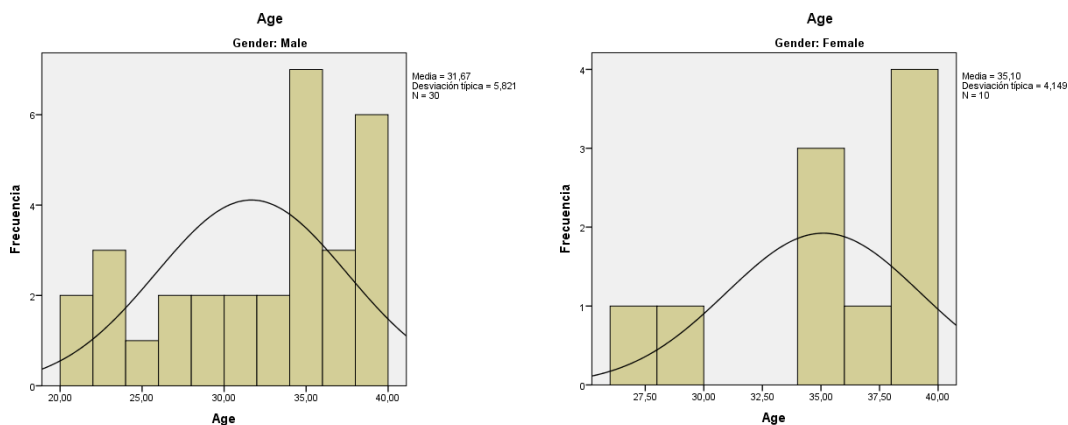


Gráfico 3. Distribución de la edad en función del género en la muestra de pacientes con esquizofrenia

1.1.2.3. Estado civil y nivel de estudios

Del total de la muestra de pacientes con esquizofrenia 31 (77,5%) estaba soltero, 5 (12,5%) casado, 1 (2,5%) separado o divorciado y 3 (7,5%) tenían pareja.

El 50% tenía estudios primarios, un 20% había superado el bachillerato, el 12,5% tenía un título de formación profesional y un 17,5% tenían estudios universitarios.

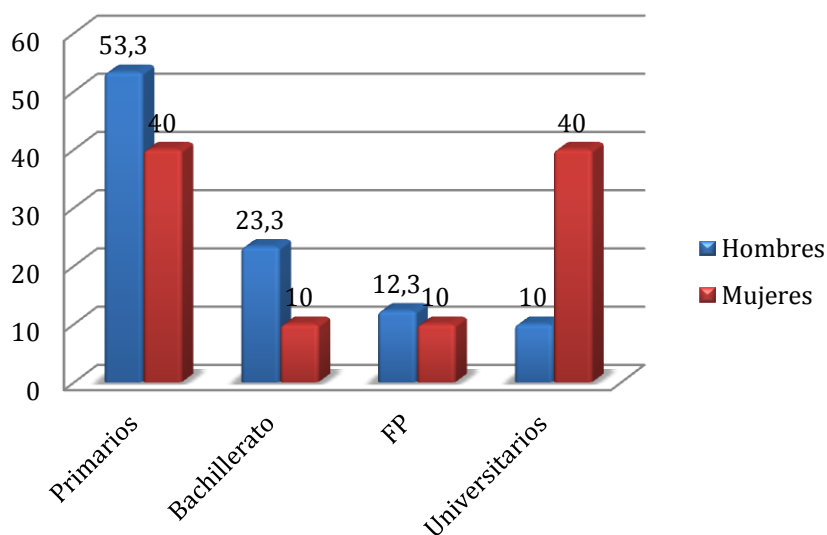


Gráfico 4. Nivel de estudios en función del género en la muestra de pacientes con esquizofrenia (porcentaje)

1.1.2.4. Antecedentes familiares psiquiátricos

Un 37,5% de la muestra presentaba antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.

1.1.3. Muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (M3)

1.1.3.1. Género

Del total de la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad 28 (56%) son hombres y 22 (44%) mujeres.

La distribución del género en función del diagnóstico fue el siguiente:

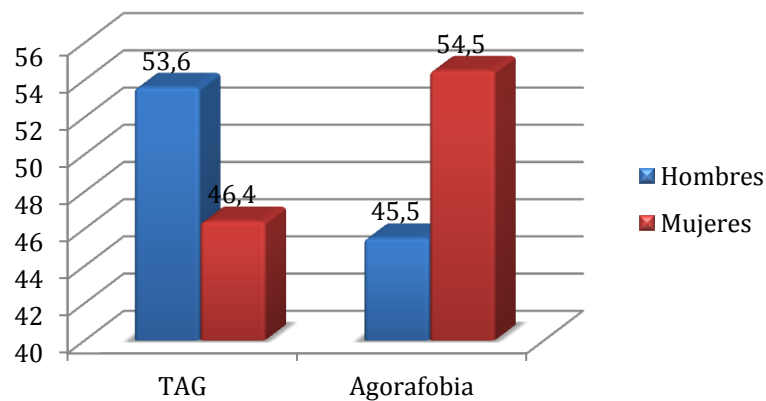


Gráfico 5. Distribución del género en función del diagnóstico en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (porcentaje)

1.1.3.2. Edad

La media de edad fue de 30,54 años (desviación típica 5,87), una mediana de 32,5, un mínimo de 18 y un máximo de 38 años.

Los hombres presentaban una media de edad de 29,17 (desviación típica de 5,85) y una mediana de 30 años. La media de edad para las mujeres fue de 32,27 (desviación típica de 5,65) y mediana de 34,5 años. Prueba U de Mann-Whitney

para la distribución de la edad en relación al género significativa ($p=0,042$), por lo que asumimos que existen diferencias para la edad entre ambos grupos.

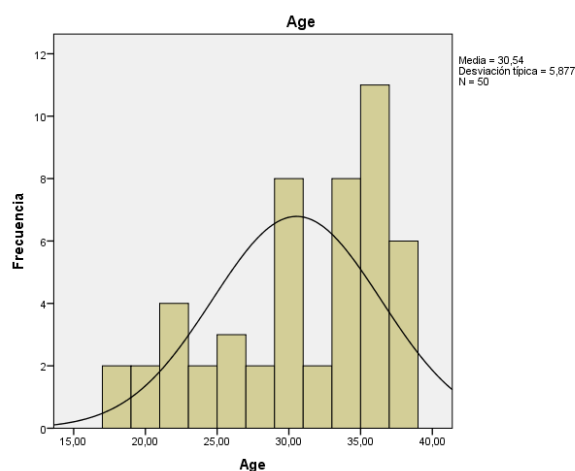


Gráfico 6. Distribución de edad en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad

La media de edad para la submuestra diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada fue de 20,56 ($\pm 6,24$) y para los diagnosticados de trastorno de ansiedad con agorafobia de 31,52 ($\pm 5,43$), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,34$).

1.1.3.3. Estado civil y nivel de estudios

En relación al estado civil un 42% estaba soltero, un 40% casado, un 10% separado o divorciado y un 8% vivían en pareja. La distribución en relación al género es la siguiente:

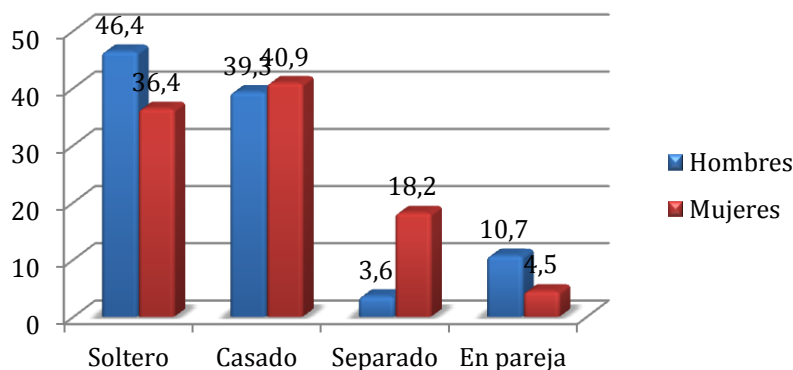


Gráfico 7. Estado civil en función del género en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad (porcentaje)

El nivel de estudios estaba distribuido de la siguiente forma, un 10% tenía estudios primarios, un 6% bachillerato, un 30% había cursado formación profesional y el 54% estudios universitarios, y su distribución en relación al género es la siguiente:

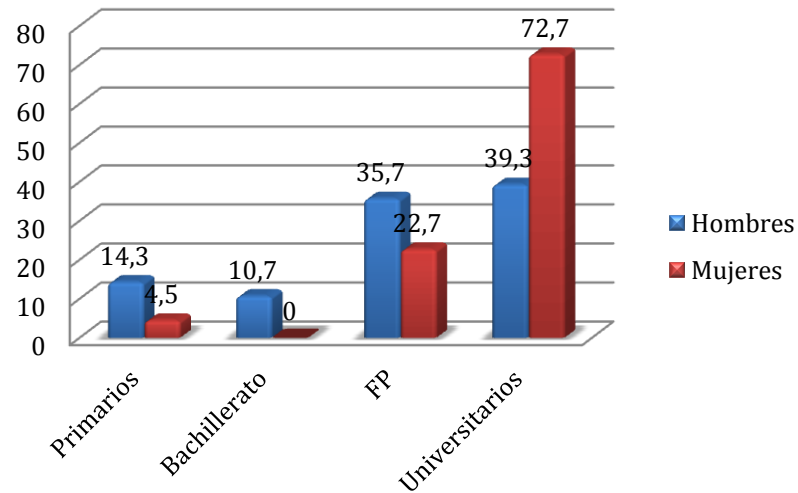


Gráfico 8. Nivel de estudios en función del género en la muestra de pacientes trastorno de ansiedad (porcentaje)

1.1.3.4. Antecedentes familiares

El 28% de la muestra refería tener antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico.

1.1.4. Estadísticos descriptivos de las tres muestras interrelacionadas

1.1.4.1. Género

La distribución por género y el porcentaje correspondiente para cada una de las muestras del estudio se presenta en el siguiente gráfico.

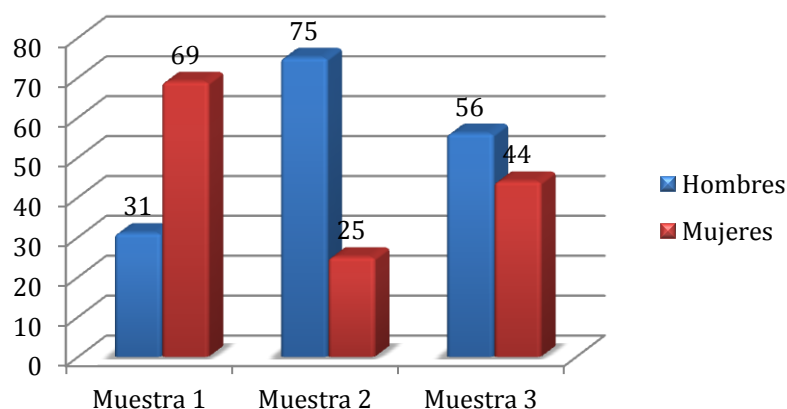


Gráfico 9. Porcentaje de hombres y mujeres en cada una de las muestras

1.1.4.2. Edad

La edad media para la muestra 1 (población general) fue de 20 años ($\pm 2,3$), para la muestra 2 (esquizofrenia) fue de 32,52 ($\pm 5,6$) y para la muestra 3 (trastorno de ansiedad) fue de 30,54 ($\pm 5,87$).

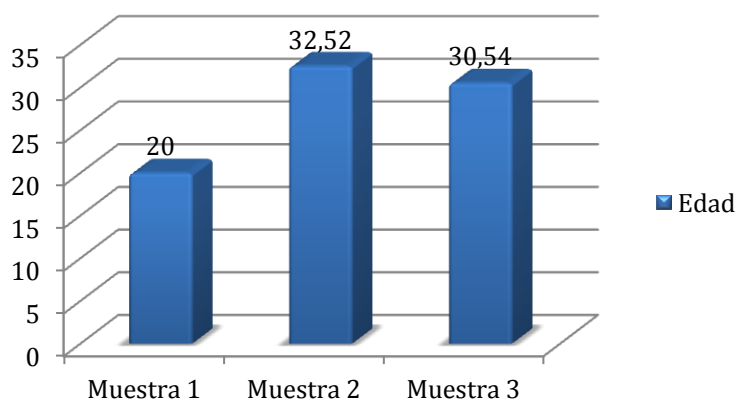


Gráfico 10. Edad media en cada una de las muestras a estudio

1.1.4.3. Estado civil y nivel de estudios

En las gráficas siguientes se muestran la frecuencia de distribución de cada una de las categorías para el estado civil y para el nivel de estudios de las tres muestras.

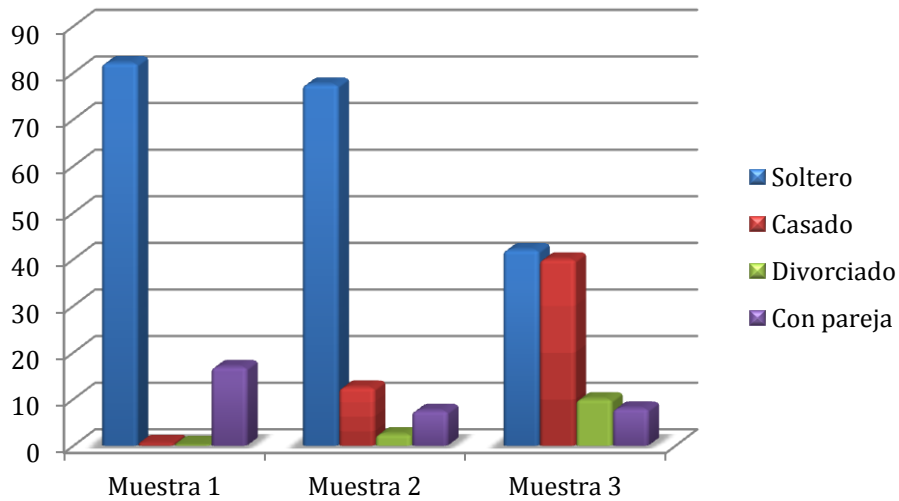


Gráfico 11. Estado civil en cada una de las muestras a estudio (porcentaje)

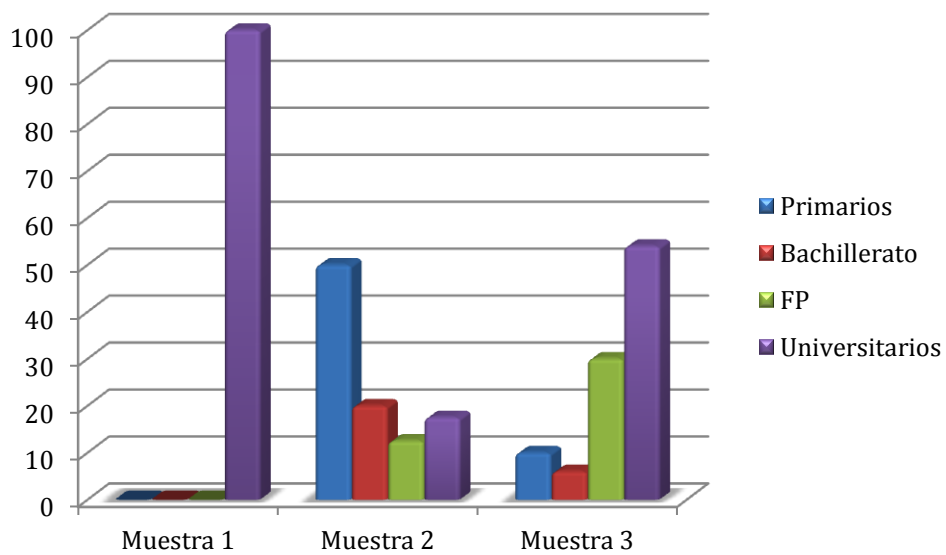


Gráfico 12. Nivel de estudios para cada una de las muestras a estudio (porcentaje)

1.2.Resultados descriptivos de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS)

1.2.1. Muestra de población general (M1)

1.2.1.1. Puntuación total y de las subescalas de perturbación, intrusión y frecuencia

Las puntuaciones totales, con su media y desviación típica, de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff así como las de sus subescalas, perturbación, intrusión y frecuencia se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7. Muestra de población general. Puntuación en la CAPS

	TOTAL	PERTURBACIÓN	INTRUSIÓN	FRECUENCIA
HOMBRES	8,27 (4,99)	16,62 (14,04)	15,41 (12,87)	16,35 (11,4)
MUJERES	8,89 (5,62)	17,95 (15,6)	15,26 (12,46)	18,63 (14,25)
TOTAL	8,7 (5,4)	17,54 (15,13)	15,31 (12,57)	17,92 (13,45)
RANGO	0-26	0-90	0-70	0-111
MEDIANA	8	14	13	17

No encontramos diferencias estadísticamente significativas para las medias obtenidas en la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff entre hombres y mujeres, ni para la puntuación total ni para la de las subescalas, por lo que asumimos que no hay diferencias entre ambos grupos. Las puntuaciones no siguieron una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk $p < 0,05$).

1.2.1.2. Respuestas negativas/afirmativas de los diferentes ítems de la escala CAPS

Tabla 8. Distribución por frecuencias (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de población general

ÍTEM	RESPUESTA NEGATIVA	RESPUESTA POSITIVA
¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	220 (69%)	99 (31%)
¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?	218(68,3%)	101(31,7%)
¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	252 (79%)	67 (21%)
¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?	176(55,2%)	143(44,8%)
¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	198(62,1%)	121(37,9%)
¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	150(47%)	169(53%)
¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	298(93,4%)	21(6,6%)
¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no provenir de su alrededor?	244(76,5%)	75(23,5%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	247(77,4%)	72(22,6%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser tuyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	303(95%)	16(5%)
¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	292(91,5%)	27(8,5%)
¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	218(68,3%)	101(31,7%)
¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decir las?	282(88,4%)	37(11,6%)
¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?	223(69,9%)	96(30,1%)
¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	191(59,6%)	128(40,1%)

¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	263(82,4%)	56(17,6%)
¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?	171(53,6%)	148(46,4%)
¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	202(63,3%)	117(36,7%)
¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	302(94,7%)	17(5,3%)
¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	164(51,4%)	155(48,6%)
¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	220(69%)	99(31%)
¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	209(65,5%)	110(34,5%)
¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?	228(71,5%)	91(28,5%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?	272(85,3%)	47(14,7%)
¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	269(84,3%)	50(15,7%)
¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	242(75,9%)	177(24,1%)
¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	152(47,6%)	167(52,4%)
¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	311(97,5%)	8(2,5%)
¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	140(43,9%)	179(56,1%)
¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	219(68,7%)	100(31,3%)
¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	293(91,8%)	26(8,2%)
¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	236(74%)	83(26%)

Los ítems resaltados son aquellos con una respuesta afirmativa para más del 45% de los sujetos

Al comparar la frecuencia de respuestas afirmativas para los 32 ítems de la escala, los que fueron señalados con porcentajes superiores al 45% de la muestra fueron: 4 “¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?”; 6 “¿Has oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?”; 17 “¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?”; 20 “¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?”; 27 “¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?”; 29 “¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?”.

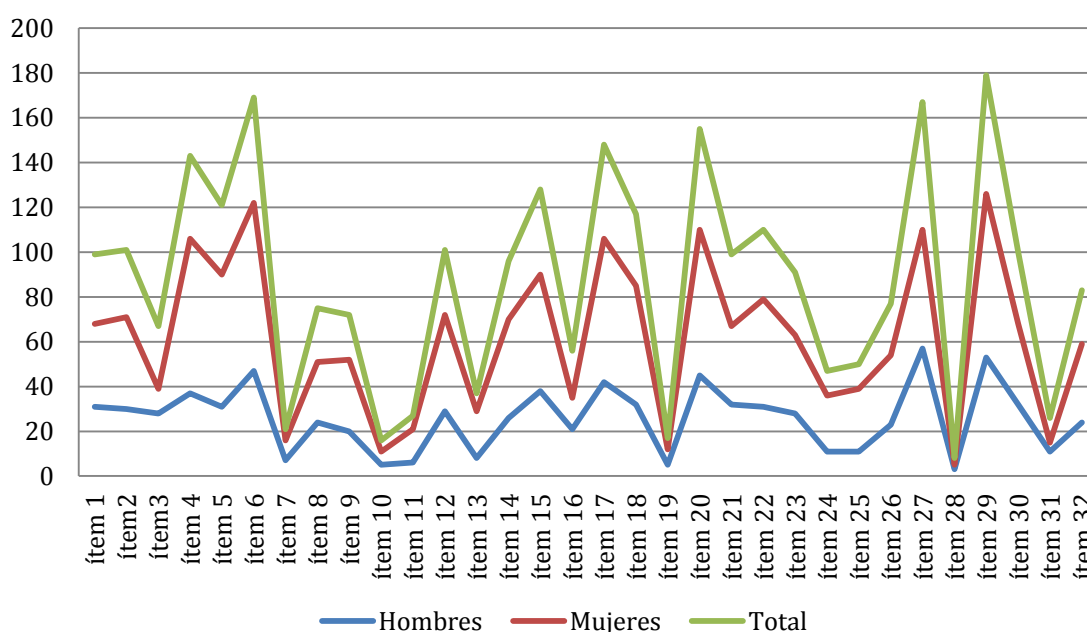


Gráfico 13. Frecuencia de respuestas afirmativas en función del género para cada uno de los ítems de la escala CAPS en la muestra de población general.

No encontramos resultados estadísticamente significativos en la comparación de las proporciones obtenidas en los diferentes ítems y el género (comparación de proporciones χ^2), ni entre la puntuación total y el género (U de Mann-Whitney para muestras independientes $p>0,05$) por lo que asumimos que no hay diferencias en cuanto a las respuestas afirmativas y negativas entre hombre y mujeres.

1.2.1.3. Puntuaciones obtenidas en cada ítem para cada una de las subescalas

1.2.1.3.1. Perturbación

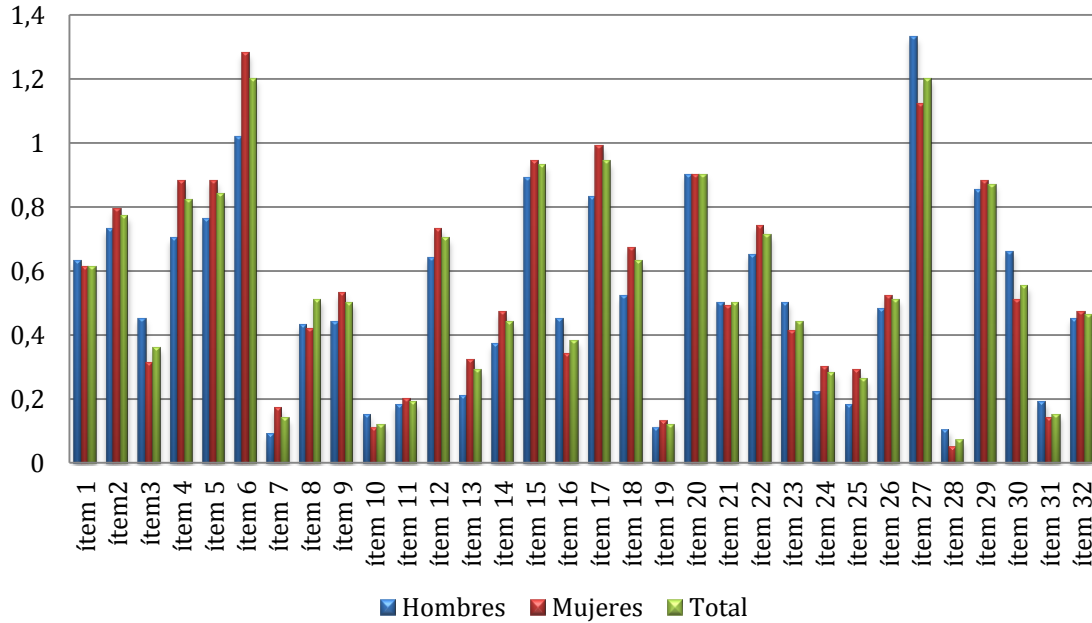


Gráfico 14. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala perturbación

Las diferencias observables para algunos ítems en cuanto a las puntuaciones obtenidas para hombres y mujeres como por ejemplo el ítem 6 (hombre 1,02 y mujeres 1,28) o el 27 (hombres 1,33 y mujeres 1,12) no arrojaron diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney para muestras independientes $p > 0,05$).

1.2.1.3.2. Intrusión

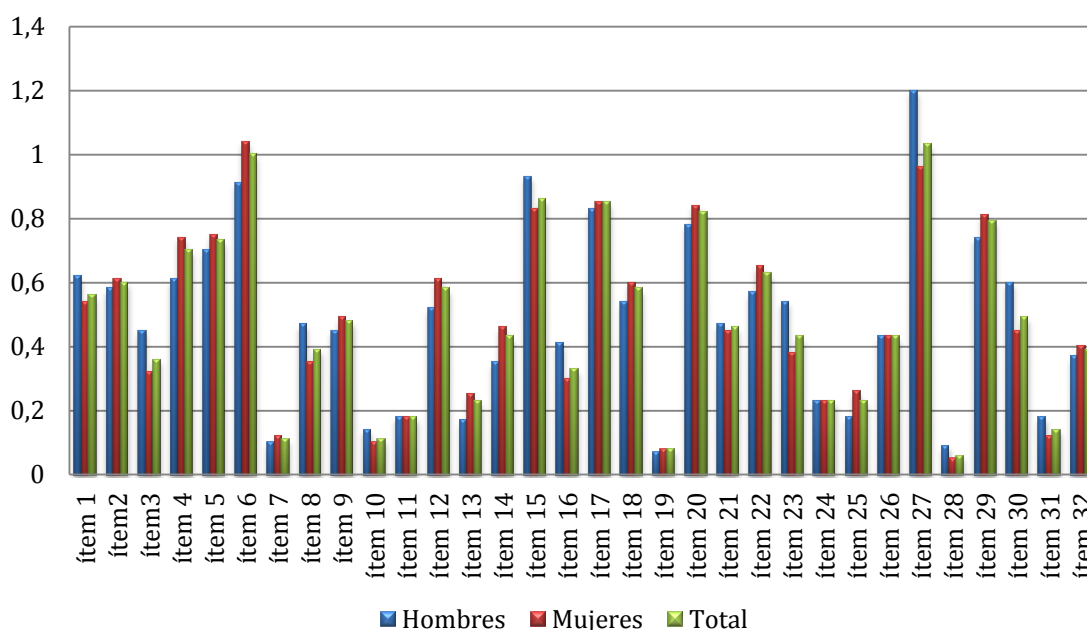


Gráfico 15. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala intrusión

Al igual que para la subescala de perturbación, las diferencias observables para las puntuaciones de algunos ítems entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney para muestras independientes $p > 0,05$).

1.2.1.3.3. Frecuencia

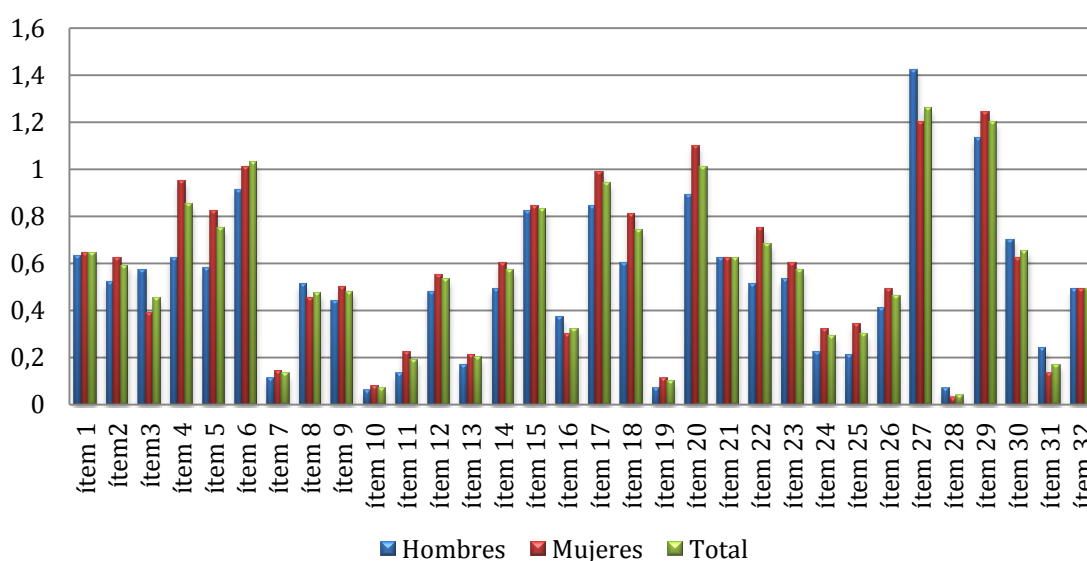


Gráfico 16. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala frecuencia

Encontramos diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0,05$ en la prueba U de Mann-Whitney para la puntuación media del ítem 4 “¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?” pero no para el 22 “¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?” entre hombre y mujeres, obteniendo en ambos mayor frecuencia para las mujeres.

1.2.2. Muestra de pacientes con esquizofrenia

1.2.2.1. Puntuación total y de las subescalas perturbación, intrusión y frecuencia

Las puntuaciones totales, con su media y desviación típica, de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff así como las de sus subescalas, perturbación, intrusión y frecuencia se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 9. Muestra de pacientes con esquizofrenia. Puntuación en la CAPS

	TOTAL	PERTURBACIÓN	INTRUSIÓN	FRECUENCIA
HOMBRES	12,16 (6,07)	34,47 (20,03)	32,3 (19,93)	31 (20,76)
MUJERES	10,3 (6,2)	32,5 (23,42)	31,7 (21,67)	28,4 (18,92)
TOTAL	11,7 (6,09)	33,97 (20,64)	32,15 (20,09)	30,35 (20,11)
RANGO	2-25	6-91	6-85	4-96
MEDIANA	10	30	30	24

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por los hombres y las mujeres, por lo que asumimos que no hay diferencias en cuanto al género. Las puntuaciones no siguieron una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk $p < 0,05$).

1.2.2.2. Respuestas afirmativas/negativas de los diferentes ítems de la escala CAPS para la muestra de pacientes con esquizofrenia

Tabla 10. Distribución de frecuencia (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de pacientes con esquizofrenia

ÍTEM	RESPUESTA	RESPUESTA
	NEGATIVA	POSITIVA
¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	24 (60%)	16 (40%)
¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?	22(55%)	18(45%)
¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	18 (45%)	22(55%)
¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?	28(70%)	12(30%)
¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	31(77,5%)	5(22,5%)
¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	15(37,5%)	25(62,5%)
¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	22(55%)	18(45%)
¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no provenir de su alrededor?	31(77,5%)	9(22,5%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	25(62,5%)	15(37,5%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	35(87,5%)	5(12,5%)
¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	15(37,5%)	25(62,5%)
¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	33(82,5%)	7(17,5%)
¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?	20(50%)	20(50%)
¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?	33(82,5%)	7(17,5%)
¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	24(60%)	16(40%)
¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	22(55%)	18(45%)
¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?	26(65%)	14(35%)
¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	24(60%)	16(40%)
¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	33(82,5%)	7(17,5%)
¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	25(62,5%)	15(37,5%)

¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	26(65%)	14(35%)
¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	20(50%)	20(50%)
¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?	24(60%)	16(40%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?	35(87,5%)	5(12,5%)
¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	37(92,5%)	2(7,5%)
¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	22(55%)	18(45%)
¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	7(17,5%)	33(82,5%)
¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	18(45%)	22(55%)
¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	31(77,5%)	9(22,5%)
¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	20(75%)	10(25%)
¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	26(65%)	14(35%)
¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	29(72,5%)	11(27,5%)

Los ítems resaltados son aquellos con una respuesta afirmativa para más del 45% de los sujetos.

Al comparar la frecuencia de respuestas afirmativas para los 32 ítems de la escala, los que fueron señalados con porcentajes superiores al 45% de la muestra fueron: 2 “¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?”; 3 “¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?”; 6 “¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos?”; 7 “¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?”; 11 “¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?”; 13 “¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decir las?”; 16 “¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?”; 22 “¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?”; 26 “¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?”; 27 “¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radialmente?” y el 28 “¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?”.

La frecuencia de distribución para la puntuación total de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff entre la muestra de población general y la de

pacientes diagnosticados de esquizofrenia se muestra en el siguiente gráfico. Un 27,58% de la muestra de población general presentó puntuaciones totales para la escala CAPS superiores a la media para los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

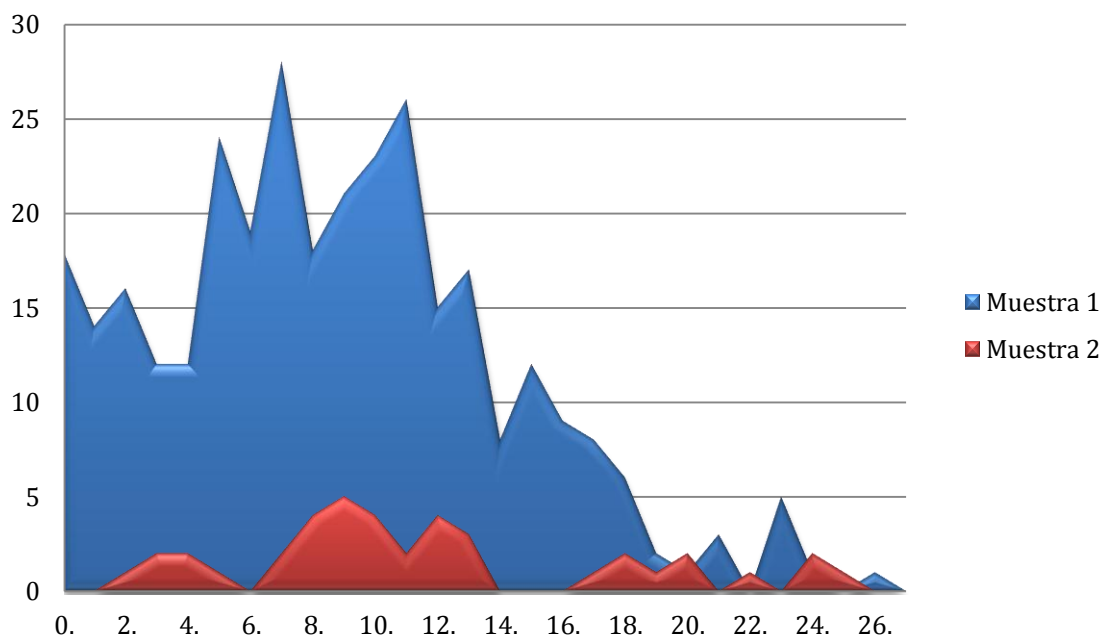


Gráfico 17. Frecuencia de distribución de la puntuación total de la CAPS para la muestra de población general y para la de esquizofrenia

1.2.3. Muestra de pacientes con ansiedad

1.2.3.1. Puntuación total y de las subescalas perturbación, intrusión y frecuencia

En la tabla 11 se muestran las puntuaciones obtenidas en la muestra de pacientes diagnosticados de de trastorno de ansiedad en la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff.

Se muestran tanto las medias como las desviaciones típicas de la puntuación total como de las subescalas, perturbación, intrusión y frecuencia.

Tabla 11. Muestra de pacientes con trastorno de ansiedad. Puntuaciones en la escala CAPS

	TOTAL	PERTURBACIÓN	INTRUSIÓN	FRECUENCIA
HOMBRES	9,07 (4,97)	22,36 (15,83)	21,14 (15,77)	20,85 (15,07)
MUJERES	10,54 (6,87)	26,77 (18,88)	22,86 (17,1)	23,82 (14,64)
TOTAL	9,72 (5,82)	24,3 (17,2)	21,9 (16,22)	22,16 (14,8)
RANGO	0-23	0-68	0-74	0-68
MEDIANA	9	20,5	17,5	20,5
TAG	9,08 (5,51)	21,48 (15,15)	18,48 (13,61)	20 (12,79)
TAA	10,36 (6,24)	27,12 (18,91)	25,32 (18,09)	24,32 (12,79)

TAG: Trastorno ansiedad generalizada. TAA: Trastorno de ansiedad con agorafobia.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por los hombres y las mujeres, por lo que asumimos que no hay diferencias en cuanto al género. Las puntuaciones siguieron una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov $p < 0,05$).

1.2.3.2. Respuestas afirmativas/negativas de los diferentes ítems de la escala CAPS

Tabla 12. Distribución de frecuencias (porcentaje) de ítems respondidos de forma afirmativa o negativa para cada uno de los que componen la escala CAPS en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad

ÍTEM	RESPUESTA NEGATIVA	RESPUESTA POSITIVA
¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	23 (46%)	27 (54%)
¿Ha sentido alguna vez la presencia de otros ser, aunque no sea capaz de verlo?	34(68%)	16(32%)
¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	34(68%)	16(32%)
¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?	23(66%)	17(34%)
¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	20(40%)	30(60%)
¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	28(56%)	22(44%)
¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	42(84%)	8(16%)
¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no provenir de su alrededor?	41(82%)	9(18%)

¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	33(66%)	17(34%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	39(78%)	11(22%)
¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	40(80%)	10(20%)
¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	43(86%)	7(14%)
¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?	43(86%)	7(14%)
¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?	35(70%)	15(30%)
¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	21(42%)	29(58%)
¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	36(72%)	14(28%)
¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?	29(58%)	21(42%)
¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	35(70%)	15(30%)
¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	37(74%)	13(26%)
¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	32(64%)	18(36%)
¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	34(68%)	16(32%)
¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	24(48%)	26(52%)
¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?	31(62%)	19(38%)
¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?	37(74%)	13(26%)
¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	43(86%)	7(14%)
¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	35(70%)	15(30%)
¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	27(54%)	23(46%)
¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	48(96%)	2(4%)
¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	29(58%)	21(42%)
¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	33(66%)	17(34%)
¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	47(94%)	3(6%)
¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	40(80%)	10(20%)

Los ítems resaltados son aquellos con una respuesta afirmativa para más del 45% de los sujetos.

Al comparar la frecuencia de respuestas afirmativas para los 32 ítems de la escala, los que fueron señalados con porcentajes superiores al 45% de la muestra

fueron: 1 “¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más altas de lo normal?”; 5 “¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?”; 15 “¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?”; 22 “¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?” y 27 “¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?”.

La frecuencia de distribución para la puntuación total de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff entre la muestra de población general y la de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad se muestra en el siguiente gráfico.

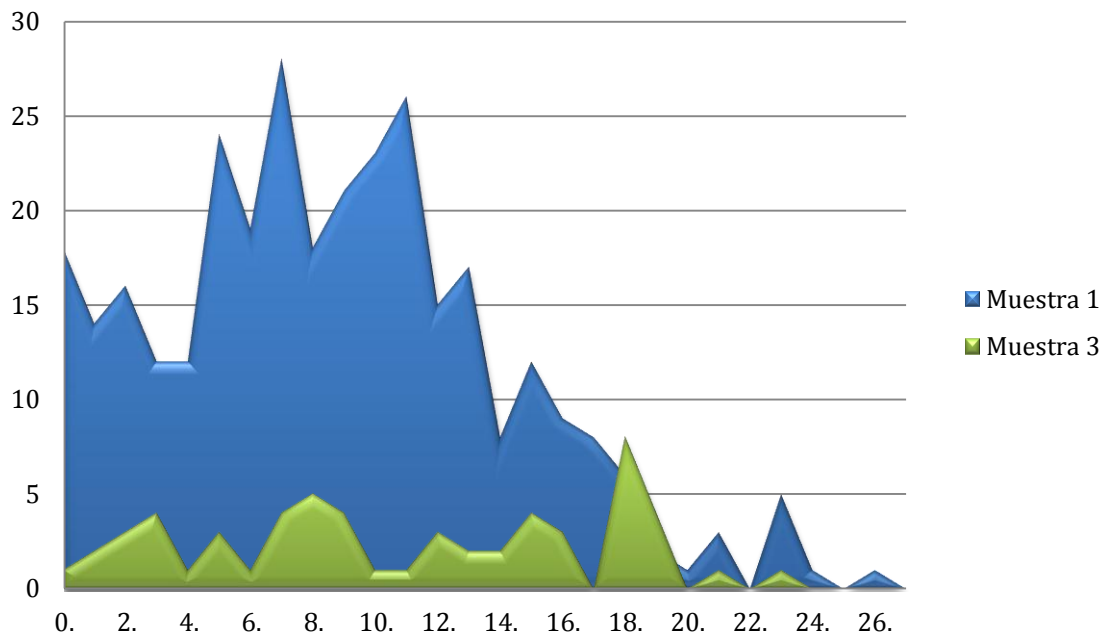


Gráfico 18. Frecuencia de distribución de la puntuación total de la CAPS para la muestra de población general y la de trastorno de ansiedad

1.2.4. Resultados de la CAPS para las tres muestra interrelacionadas

1.2.4.1. Puntuaciones obtenidas para la escala CAPS en las diferentes muestras

Tabla 13. Puntuaciones obtenidas en la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff para las tres muestras

	TOTAL	PERTURBACIÓN	INTRUSIÓN	FRECUENCIA
MUESTRA 1	8,7 (5,4)	17,54 (15,13)	15,31 (12,57)	17,92 (13,45)
MUESTRA 2	11,7 (6,09)	33,97 (20,64)	32,15 (20,08)	30,35 (20,11)
MUESTRA 3	9,72 (5,82)	24,3 (17,2)	21,9 (16,22)	22,16 (14,8)

Muestra 1 (población general), muestra 2 (pacientes diagnosticados de esquizofrenia), muestra 3 (pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad).

1.2.4.2. Porcentaje de respuestas afirmativas para cada ítem en las diferentes muestras

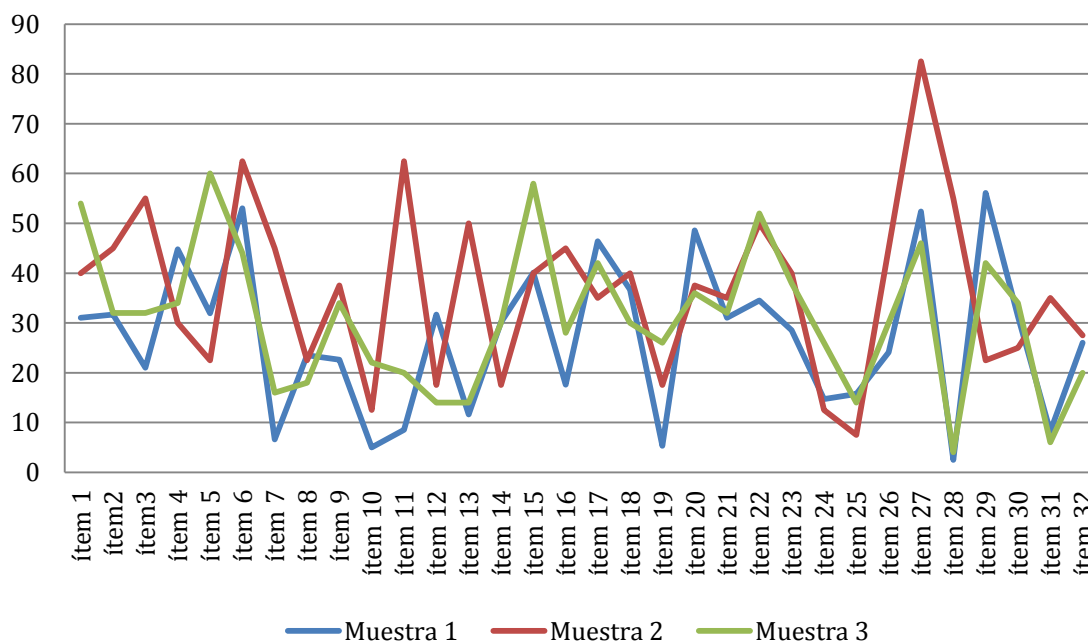


Gráfico 19. Frecuencia de respuestas afirmativas para cada uno de los ítems de la escala CAPS en las tres muestras. Muestra 1: Población general; Muestra 2: Esquizofrenia; Muestra 3: Trastorno ansiedad.

Al comparar la frecuencia de respuestas afirmativas para los 32 ítems de la escala en cada una de las muestras, los que fueron señalados con porcentajes superiores al 45% de la muestra se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 14. Ítems respondidos afirmativamente en más del 45% para cada una de las muestras

	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3
Ítems por encima del 45%.	4, 6, 17, 20, 27, 29	2, 3, 6, 7, 11, 13, 16, 22, 26, 27, 28	1, 5, 15, 22, 27

El ítem 27 es el único que se encuentra presente en las tres muestras evaluadas con una frecuencia de más del 45%. El ítem 6, se encuentra presente en población general (muestra 1) y en la muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (muestra 2). Por último, el ítem 22 se presenta en las muestras clínica pero no en población general.

1.2.4.3. Puntuación para la subescala perturbación para cada una de las muestras

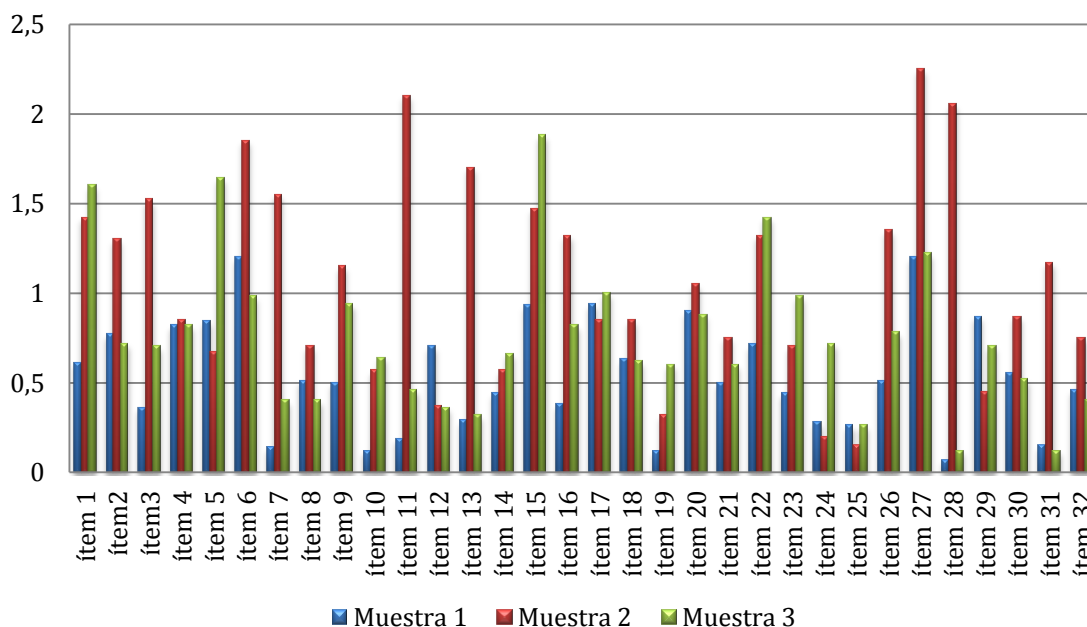


Gráfico 20. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala perturbación

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$) para la distribución de las puntuaciones de perturbación entre las tres muestras para los siguientes ítems:

Tabla 15. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable perturbación para cada una de las muestras

ÍTEM	Significación
1. ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	,000
3. ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	,000
5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	,000
6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	,027
7. ¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	,000
9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	,011
10. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	,000
11. ¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	,000
12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	,017
13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?	,000
15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	,001
16. ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	,000
19. ¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	,000
22. ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	,001
23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?	,040

26.¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	,002
27.¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	,000
28.¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	,000
29.¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	,002
31.¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	,000

1.2.4.4. Puntuación para la subescala intrusión para cada una de las muestras

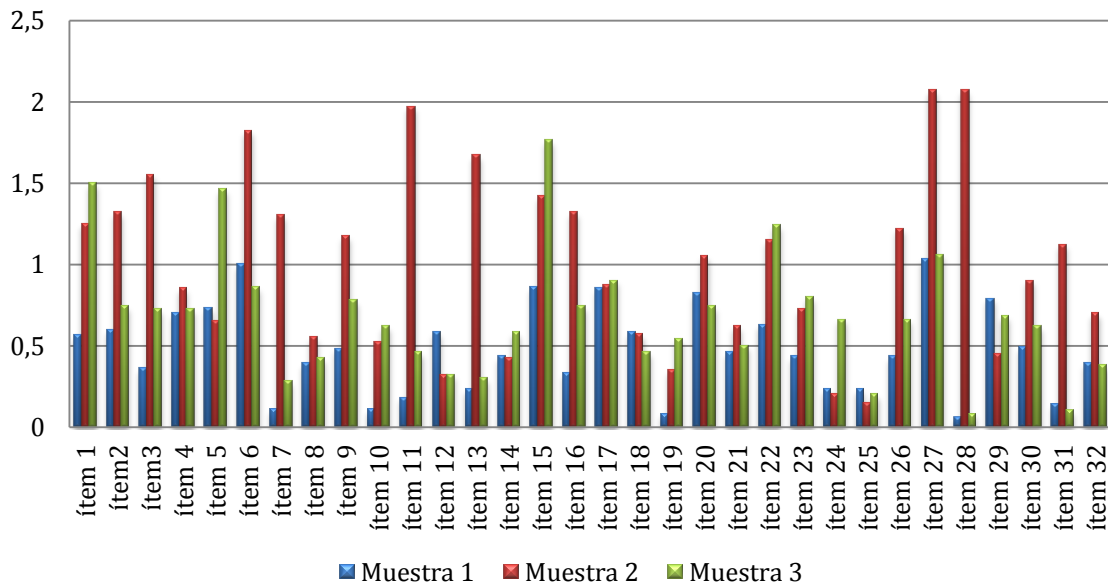


Gráfico 21. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala intrusión

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$) para la distribución de las puntuaciones de intrusión entre las tres muestras para los siguientes ítems:

Tabla 16. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable intrusión para cada una de las muestras

ÍTEM	Significación
1.¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	,000
2.¿Ha sentido alguna vez la presencia de otros ser, aunque no sea capaz de verlo?	,046

3.¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	,000
5.¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	,000
6.¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	,007
7.¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	,000
9.¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	,014
10.¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	,000
11.¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	,000
12.¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	,017
13.¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decir las?	,000
15.¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	,001
16.¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	,000
19.¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	,000
22.¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	,001
26.¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	,002
27.¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	,000
28.¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	,000
29.¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	,004
31.¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	,000

1.2.4.5. Puntuación para la subescala de frecuencia para cada una de las muestras

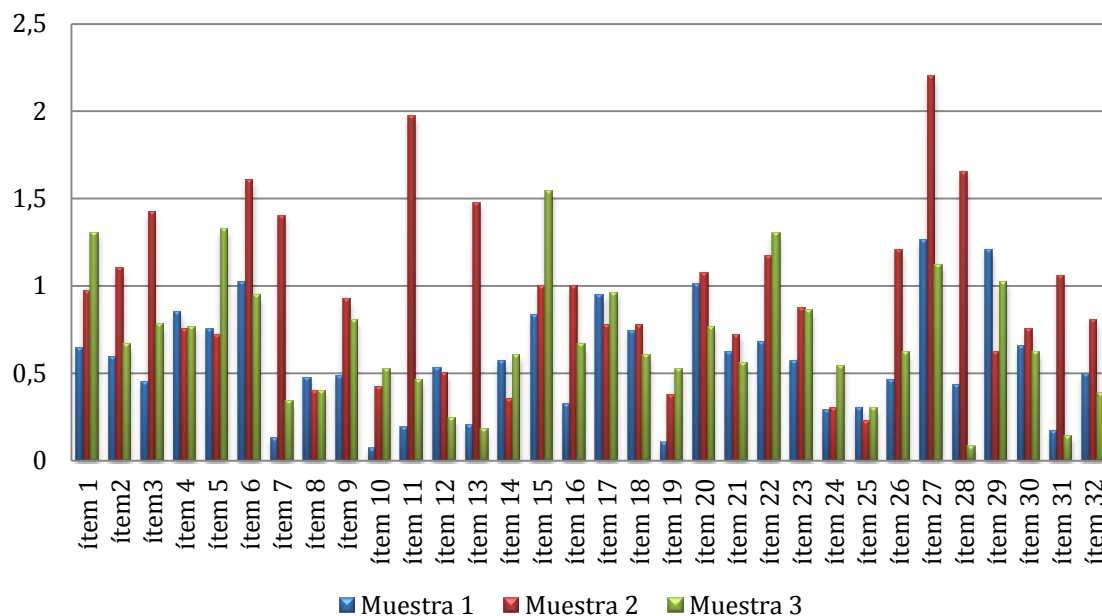


Gráfico 22. Puntuación media para cada uno de los ítems en la subescala frecuencia

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Kruskal-Wallis ($p < 0,05$) para la distribución de las puntuaciones de frecuencia entre las tres muestras para los siguientes ítems:

Tabla 17. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la variable frecuencia para cada una de las muestras

ÍTEM	Significación
1.¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?	,001
3.¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	,000
5.¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	,001
6.¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	,033
7.¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien pudiera oírlos?	,000
9.¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de	,022

él, está cambiando o ha cambiado de forma?	
10.¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?	,000
11.¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?	,000
12.¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando y cuando mira no hay nadie?	,025
13.¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?	,000
15.¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	,002
16.¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño o inusual?	,000
19.¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, con formas, tamaños o colores distorsionados?	,000
22.¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?	,001
26.¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas resultan anormales?	,002
27.¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	,000
28.¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?	,000
29.¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	,006
31.¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?	,000

1.3. Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra de población general

1.3.1. Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS)

Las puntuaciones obtenidas en la muestra de población general para la escala revisada de alucinaciones de Launay-Slade son las siguientes:

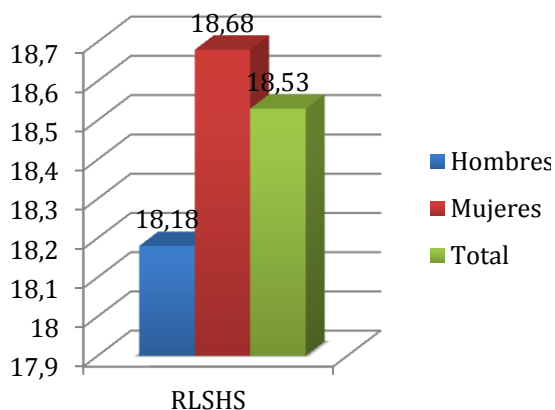


Tabla 18. Media y Desviación típica

	RLSHS
HOMBRES	18,18 (4,24)
MUJERES	18,68 (4,66)
TOTAL	18,53 (4,53)
RANGO	12-40
MEDIANA	18

Gráfico 23. RLSHS. Puntuaciones medias

1.3.2. Inventario reducido Oxford-Liverpool de sentimientos y experiencias (O-LIFE-R)

Las puntuaciones obtenidas para la escala O-LIFE-R fueron las siguientes:

Tabla 19. Puntuaciones del Inventario Reducido de Oxford-Liverpool de sentimientos y experiencias. Media (Desviación típica)

	EXPERIENCIAS INUSUALES	DESORGANIZACIÓN COGNITIVA	ANHEDONIA INTROVERTIDA	DISCONFORMIDAD IMPULSIVA
HOMBRES	1,84 (1,38)	4,9 (2,92)	1,45 (1,84)	3,78 (1,9)
MUJERES	1,98 (1,78)	5,45 (2,4)	1,26 (1,66)	2,99 (1,78)
TOTAL	1,94 (1,66)	5,28 (2,57)	1,31 (1,7)	3,23 (1,85)
RANGO	0-8	0-10	0-10	0-9
MEDIANA	2	5	1	3

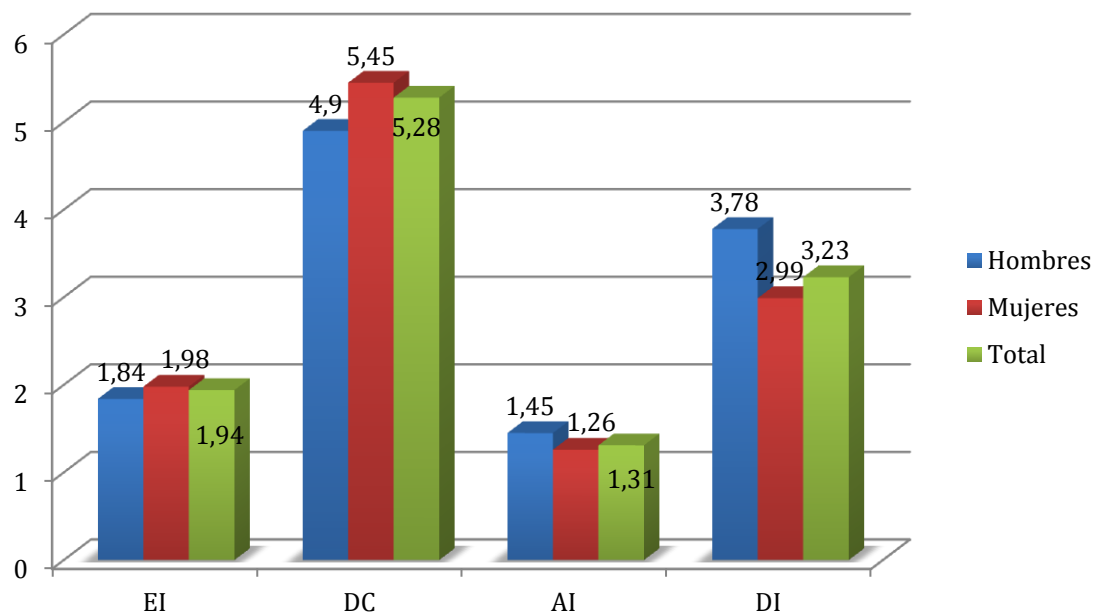


Gráfico 24. Puntuaciones totales de la Escala OLIFE-R para la muestra de población general (M1). EI: Experiencias inusuales. DC: Desorganización cognitiva. AI: Anhedonia introvertida. DI: Disconformidad impulsiva.

1.3.3. Escala de Ideas delirantes de Peters (PDI)

Las puntuaciones obtenidas para la Escala de Ideas Delirantes de Peters fueron las siguientes:

Tabla 20. Puntuaciones de la Escala de Ideas Delirantes de Peters (PDI-21). Media (Desviación típica)

	TOTAL	MALESTAR	PREOCUPACIÓN	CONVICCIÓN
HOMBRES	4,23 (2,87)	9,84 (8,68)	9,00 (7,67)	10,44 (8,41)
MUJERES	4,22 (2,54)	10,26 (8,30)	9,33 (7,73)	10,7 (7,4)
TOTAL	4,23 (2,64)	10,13 (8,41)	9,22 (7,7)	10,62 (7,72)
RANGO	0-14	0-58	0-56	0-49
MEDIANA	9	8	8	9

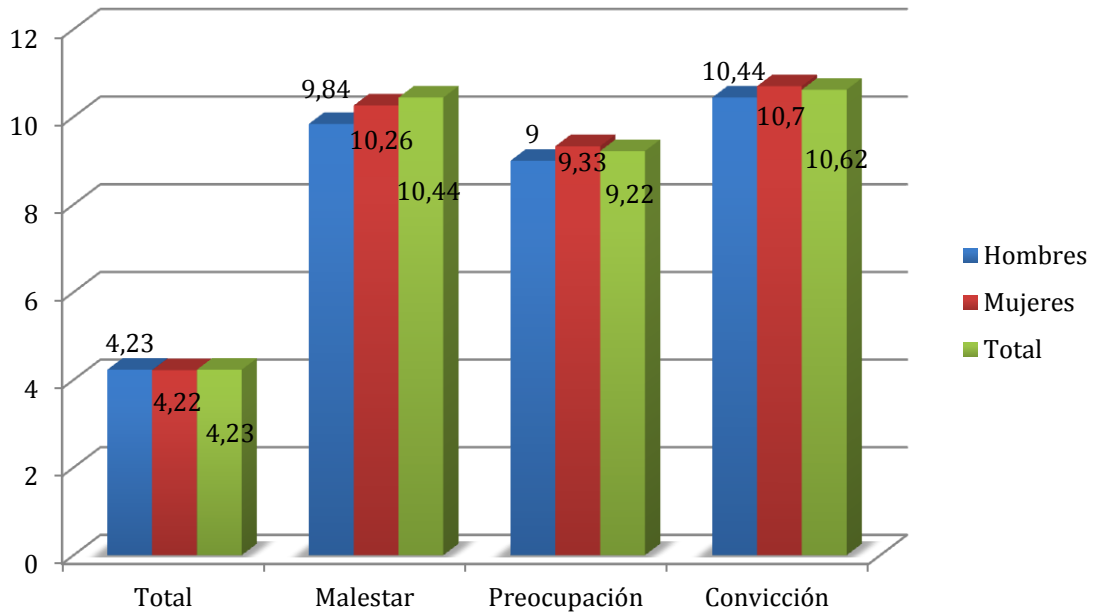


Gráfico 25. Puntuaciones totales del Inventario de Ideas Delirantes de Peters (PDI-21)

1.3.4. Resumen de las puntuaciones obtenidas para las escalas empleadas en población general

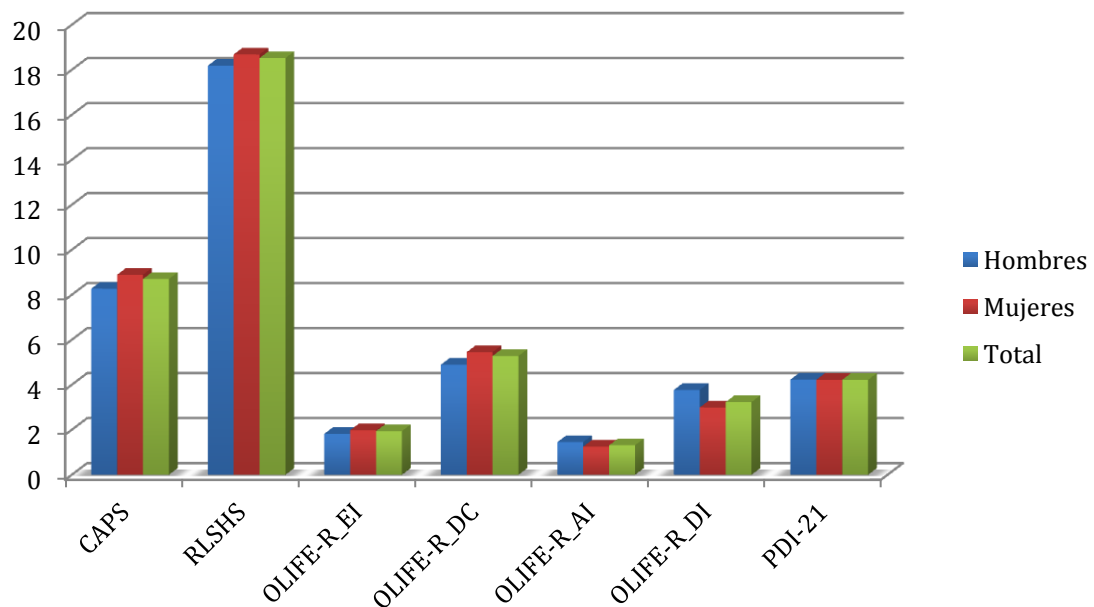


Gráfico 26. Puntuaciones totales de las escalas cumplimentadas por la muestra de población general (M1).CAPS: Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff. RLSHS: Escala de Alucinaciones de Launay-Slade. OLIFE-R_EI: Experiencias inusuales. OLIFE-R_DC: Desorganización cognitiva. OLIFE-R_AI: Anhedonia introvertida. OLIFE-R_DI: Disconformidad impulsiva. PDI-21: Escala de Ideas Delirantes de Peters.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al género en la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos salvo para la variable de Disconformidad Impulsiva de la escala O-LIFE-R.

1.4. Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra pacientes con esquizofrenia

1.4.1. Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

Las puntuaciones obtenidas para la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica fueron las siguientes:

Tabla 21. Puntuaciones de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS). Media (Desviación típica)

	TOTAL	SÍNTOMAS NEGATIVOS	SÍNTOMAS POSITIVOS
HOMBRES	17,43 (6,85)	2,93 (1,78)	7,00 (2,85)
MUJERES	15,1 (10,96)	2,90 (2,64)	5,6 (4,11)
TOTAL	16,85 (7,98)	2,92 (2,00)	6,65 (3,21)
RANGO	2-34	0-8	0-12

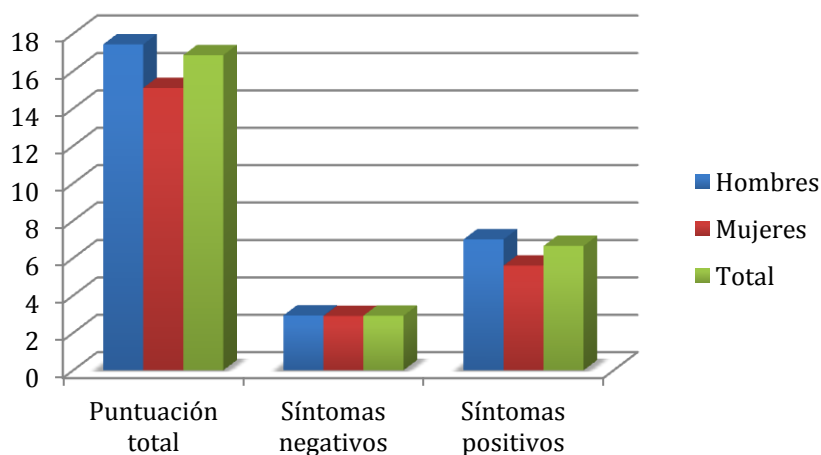


Gráfico 27. Puntuaciones totales de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al género en la prueba de U de Mann-Whitney por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos.

1.5. Análisis descriptivo de las escalas empleadas en la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad

1.5.1. Puntuaciones totales: Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y Cuestionario de Preocupación (PSWQ-1)

Tabla 22. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del género

	HAMILTON	DASS. DEPRESIÓN	DASS. ANSIEDAD	DASS. ESTRÉS	DASS. TOTAL	PSWQ
HOMBRES	22,18 (10,07)	2,93 (1,78)	7,00 (2,85)	13,39 (4,62)	34 (14,32)	37,32 (11,14)
MUJERES	26,09 (11,85)	2,90 (2,64)	5,6 (4,11)	13,63 (3,79)	38,04 (9,20)	40,41 (9,21)
TOTAL	23,9 (10,93)	2,92 (2,00)	6,65 (3,21)	13,5 (4,23)	35,78 (12,39)	38,68 (10,35)
RANGO	3-47	0-21	0-21	5-23	6-62	16-55

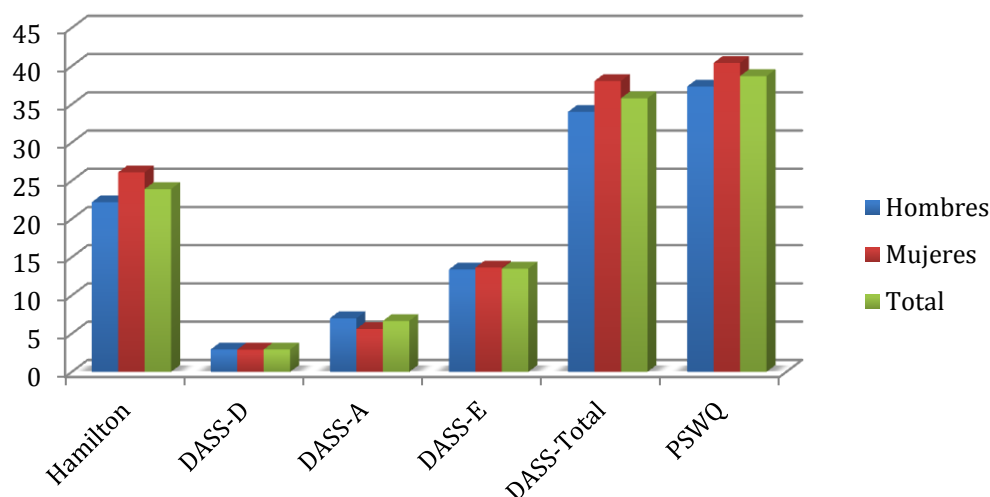


Gráfico 28. Puntuaciones totales de las Escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad. DASS_D: Depresión; DASS-A: Ansiedad; DASS-E: Estrés. PSWQ: Cuestionario de Preocupación.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al género en la prueba de U de Mann-Whitney por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos.

1.5.2. Puntuaciones de las escalas en función del diagnóstico

Las puntuaciones para las escalas empleando el diagnóstico como variable diferenciadora fueron las siguientes:

Tabla 23. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del diagnóstico

	HAMILTON	DASS. DEPRESIÓN	DASS. ANSIEDAD	DASS. ESTRÉS	DASS. TOTAL	PSWQ
TAG	23,88 (11,77)	12 (6,13)	9,88 (4,20)	12,84 (3,96)	34,72 (12,65)	40,92 (10,32)
TAA	23,92 (10,31)	9,92 (5,73)	12,76 (4,80)	14,16 (4,47)	36,84 (12,28)	36,44 (10,09)
TOTAL	23,9 (10,93)	2,92 (2,00)	6,65 (3,21)	13,5 (4,23)	35,78 (12,39)	38,68 (10,35)

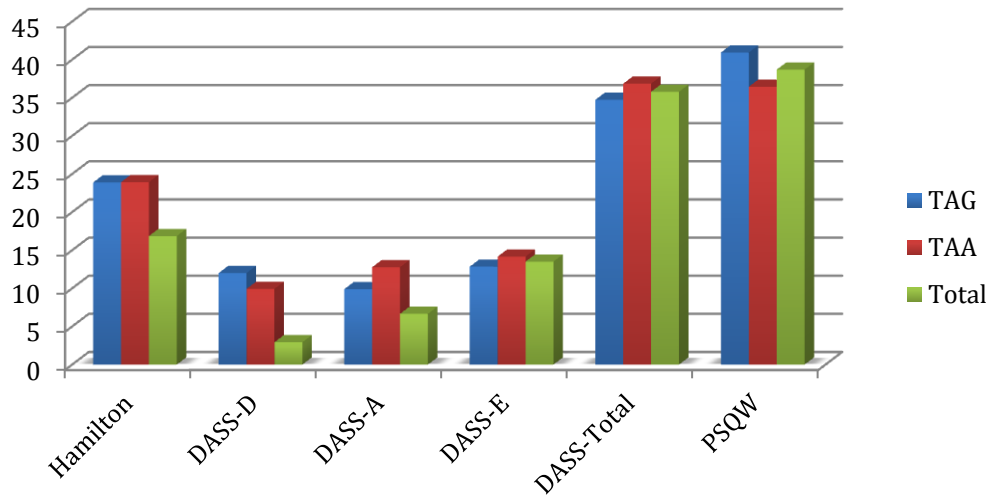


Gráfico 29. Puntuaciones totales de las escalas completadas por la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad en función del diagnóstico. TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; TAA: Trastorno de Ansiedad con Agorafobia; DASS_D: Depresión; DASS-A: Ansiedad; DASS-E: Estrés. PSWQ: Cuestionario de Preocupación.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al diagnóstico en la prueba de U de Mann-Whitney por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos, salvo para la subescala Ansiedad de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA CAPS

2.1.Fiabilidad

2.1.1. Alfa de Cronbach

Inicialmente se ha llevado a cabo un análisis de correlación entre los 32 ítems de la escala mediante una matriz de correlación tal como se refleja en la Tabla 22. El coeficiente más bajo encontrado es de -0,08 (ítem 13-19) y el más alto de 0,36 (ítem 30-21).

La Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff obtuvo una buena consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0,83 para la puntuación total de la CAPS; 0,88 para la subescala de perturbación; de 0,87 para la de intrusión y de 0,85 para la de frecuencia.

La prueba de las dos mitades (ítems 1-16 y del 17-32) muestra un coeficiente de correlación (Spearman-Brown) de 0,8 y de 0,834 cuando separamos ítems pares e impares, lo que apoya el que la escala posee una adecuada consistencia interna.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32				
1	1,0																																			
2	,03	1,0																																		
3	,13	-,00	1,0																																	
4	,19	,13	,20	1,0																																
5	,13	,07	,12	,14	1,0																															
6	,19	,12	,16	,31	,19	1,0																														
7	-,01	,09	,17	,04	,15	,07	1,0																													
8	,07	,03	,11	,18	,13	,04	,12	1,0																												
9	,20	,13	,23	,14	,21	,11	,09	,17	1,0																											
10	,12	,06	,09	,11	,14	,04	-,00	,21	,21	1,0																										
11	-,03	,18	,23	,17	,20	,10	,28	,04	,15	,08	1,0																									
12	,18	,16	,11	,15	,17	,19	,09	,09	,13	,02	,01	1,0																								
13	,05	,17	,03	,18	,08	,20	,06	,12	,03	-,03	,06	,19	1,0																							
14	,18	,05	,16	,16	,16	,05	,07	,34	,23	,06	,12	,14	,10	1,0																						
15	,23	,03	,17	,18	,19	,22	,17	,14	,20	,19	,16	,18	-,07	,16	1,0																					
16	,13	,09	,18	,18	,16	,17	,04	,19	,16	,08	,09	,12	,01	,09	,11	1,0																				
17	,12	,09	,19	,07	,34	,17	,08	,10	,15	,10	,10	,19	,05	,13	,27	,16	1,0																			
18	,17	,06	,08	,19	,14	,17	,16	,19	,1	,06	,09	,22	,00	,19	,13	,12	,06	1,0																		
19	,11	-,07	,15	,06	,16	,00	,10	,23	,23	,13	,07	,13	-,08	,14	,06	,29	,14	,16	1,0																	
20	,13	,13	,08	,07	,22	,02	,09	,09	,12	,15	,11	,10	,02	,16	,15	,17	,22	,24	,13	1,0																
21	,12	,03	,08	,11	,16	,17	,04	,25	,12	,09	,06	,08	,05	,23	,15	,18	,15	,33	,17	,32	1,0															
22	,08	,08	,19	,23	,22	,16	,15	,11	,31	,16	,11	,14	,06	,12	,11	,08	,09	,00	,09	,10	,09	1,0														
23	,23	,10	,11	,12	,22	,05	,05	,07	,14	,14	,13	,13	,07	,14	,21	,11	,12	,12	,06	,19	,14	,15	1,0													
24	,06	,09	,13	,15	,22	,14	,13	,16	,22	,14	,19	,13	,09	,15	,18	,01	,07	,10	,09	,12	,04	,14	,14	1,0												
25	,06	,07	,13	,14	,26	,14	,19	,22	,05	,05	,11	,13	,08	,20	,15	,25	,22	,35	,20	,21	,27	,08	,18	,11	1,0											
26	,17	,01	,15	,18	,23	,12	,02	,08	,23	,03	,03	,12	,09	,06	,28	,31	,22	,16	,16	,24	,20	,17	,26	,07	,24	1,0										
27	,20	,17	,16	,10	,20	,09	,10	,20	,20	,13	,15	,19	,07	,13	,20	,25	,15	,11	,11	,22	,23	,20	,26	,06	,17	,21	1,0									
28	,02	,02	,01	,01	,08	-,01	,11	,10	,01	,05	,16	,06	,19	,07	-,00	,08	,05	,12	,14	,16	,15	,01	,07	-,01	,09	,14	,03	1,0								
29	,19	,09	,05	,16	,14	,11	,10	,17	,11	-,02	,04	,18	,06	,19	,11	,14	,26	,26	,09	,24	,21	,05	,15	-,00	,17	,14	,24	-,02	1,0							
30	,07	,12	,06	,16	,21	,12	,14	,23	,13	,15	,11	,17	,05	,14	,08	,16	,18	,25	,17	,19	,36	,15	,17	,10	,30	,20	,15	,15	,25	1,0						
31	,09	,14	,12	,16	,05	,18	,15	,15	,08	-,01	,15	,06	,07	,15	,13	,19	-,04	,10	,03	,10	,14	,09	,06	,07	,12	,10	,19	,09	,05	,16	1,0					
32	,15	,14	,06	,18	,12	,21	,04	,16	,07	,06	,15	,10	,14	,18	,09	,15	,15	,18	,08	,19	,14	,08	,11	,21	,15	,11	,09	,04	,25	,16	,13	1,00				

Tabla 24. Matriz de correlaciones inter-ítems de la CAPS

Tabla 25. Estadísticos resumen de las correlaciones inter-elementos en la CAPS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	,275	,025	,561	,536	22,375	,023	32
Correlaciones inter-elementos	,135	-,086	,365	,451	-4,243	,005	32

El coeficiente de homogeneidad, “correlación corregida elemento-total” o, es adecuado dado que no se observa correlaciones con valores negativos o igual a cero, por lo que no sería necesario eliminar ninguno de los ítems.

Tabla 26. Estadísticos bivariantes obtenidos en la CAPS

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1	8,4765	27,735	,327	,830
Item 2	8,4702	28,250	,218	,834
Item 3	8,5768	28,037	,311	,830
Item 4	8,3386	27,319	,380	,828
Item 5	8,4075	27,148	,427	,827
Item 6	8,2571	27,519	,339	,830
Item 7	8,7210	28,837	,243	,832
Item 8	8,5517	27,764	,358	,829
Item 9	8,5611	27,662	,388	,828
Item 10	8,7367	28,949	,233	,833
Item 11	8,7022	28,631	,280	,831
Item 12	8,4702	27,640	,345	,829
Item 13	8,6708	28,819	,181	,834
Item 14	8,4859	27,565	,367	,829
Item 15	8,3856	27,351	,380	,828

Item 16	8,6113	27,930	,365	,829
Item 17	8,3229	27,370	,368	,829
Item 18	8,4201	27,364	,386	,828
Item 19	8,7335	28,812	,283	,832
Item 20	8,3009	27,287	,384	,828
Item 21	8,4765	27,363	,406	,827
Item 22	8,4420	27,751	,313	,831
Item 23	8,5016	27,660	,353	,829
Item 24	8,6395	28,338	,286	,831
Item 25	8,6301	27,787	,423	,827
Item 26	8,5455	27,569	,398	,828
Item 27	8,2633	27,144	,413	,827
Item 28	8,7618	29,245	,163	,834
Item 29	8,2257	27,395	,366	,829
Item 30	8,4734	27,338	,410	,827
Item 31	8,7053	28,686	,267	,832
Item 32	8,5266	27,772	,341	,830

2.2. Test-retest

En la prueba de Test-retest se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson que se muestran en la Tabla 25. La alfa de Cronbach para la prueba test-retest fue de 0,75 mostrando una estabilidad aceptable.

Tabla 27. Correlación de Pearson para la prueba Test-retest en la CAPS

	CAPS puntuación total	CAPS perturbación	CAPS intrusión	CAPS frecuencia
<i>R</i> de Pearson Test-retest	0,602**	0,57**	0,55**	0,59**
Correlación intraclase	0,6 (0,42-0,73)	0,57 (0,39-0,71)	0,55 (0,37- 0,7)	0,59 (0,42- 0,72)

** $p < 0,01$. Para los resultados de la correlación intraclase se muestra entre paréntesis el intervalo de confianza al 95%.

2.3.Validez convergente-divergente

Tabla 28. Correlación entre la puntuación total de la CAPS y la PDI-21, las subescalas de O-LIFE-R y la RLSHS (con la transformación Z de Fisher's de la *r* de Pearson)

CAPS puntuación total	PDI-21 puntuación total	OLIFE-R				RLSHS
		Experiencias inusuales	Desorganización cognitiva	Anhedonia introvertida	Disconformidad impulsiva	
Pearson'sr	0'58**	0'50**	0'26**	0'09	0'22**	0'56**
Fisher'Sz	0'66	0'55	0'27	0'09	0'22	0'63

CAPS: Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff. **OLIFE-R:** Inventario reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias. **PDI-21:** Escala Ideas Delirantes Peters, 21 ítems. **RLSHS:** La Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade. ** $p < 0,01$.

Encontramos correlaciones positivas, con una magnitud media ($>0,5$) y estadísticamente significativas entre la CAPS total y la PDI-21 (0,58**), Experiencias Inusuales de la O-LIFE-R (0,50**) y la RLSHS (0,56**), así mismo, las correlaciones entre la escala de Desorganización cognitiva (0,26**) y Disconformidad Impulsiva (0,22**) fueron positivas pero con una magnitud mucho menor.

2.4.Validez discriminante

2.4.1. Muestra de población general y muestras clínicas

La prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas para la mediana de las puntuaciones de la CAPS total y las subescalas de perturbación, intrusión y frecuencia por lo que asumimos hay diferencias en cuanto a la distribución de las puntuaciones entre los 3 grupos.

Tabla 29. Resultado de la Prueba de Kruskal-Wallis para k muestras independientes

Hipótesis nula	Significancia	Decisión
La distribución de la CAPS total es la misma para las tres muestras.	,014	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS perturbación es la misma para las tres muestras.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS intrusión es la misma para las tres muestras.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS frecuencia es la misma para las tres muestras.	,000	Rechazar la hipótesis nula

2.4.2. Muestra población general y muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia

La prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de la CAPS total y las subescalas de perturbación, intrusión y frecuencia por lo que asumimos hay diferencias en cuanto a la distribución de las puntuaciones entre la muestra de población general (muestra 1) y la muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (muestra 2).

Tabla 30. Resultado de la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes entre la muestra 1 y 2

Hipótesis nula	Significancia	Decisión
La distribución de la CAPS total es la misma para la muestra 1 y 2.	,005	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS perturbación es la misma para la muestra 1 y 2.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS intrusión es la misma para la muestra 1 y 2.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS frecuencia es la misma para la muestra 1 y 2.	,000	Rechazar la hipótesis nula

2.4.3. Muestra de población general y muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad

La prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones de las subescalas de perturbación, intrusión y frecuencia por lo que asumimos hay diferencias en cuanto a la distribución de las puntuaciones entre la muestra de población general (muestra 1) y la muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (muestra 3), pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas para la distribución de la puntuación total de la CAPS.

Tabla 31. Resultado de la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes entre la muestra 1 y 3

Hipótesis nula	Significancia	Decisión
La distribución de la CAPS total es la misma para la muestra 1 y 3.	,259	Retener la hipótesis nula
La distribución CAPS perturbación es la misma para la muestra 1 y 3.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS intrusión es la misma para la muestra 1 y 3.	,000	Rechazar la hipótesis nula
La distribución CAPS frecuencia es la misma para la muestra 1 y 3.	,000	Rechazar la hipótesis nula

2.5.Validez de constructo

2.5.1. Análisis de componentes principales

El análisis de componentes principales fue realizado para explorar la asociación existente entre los ítems, sin depender de ninguna hipótesis previa. Los ítems de la CAPS que fueron respondidos positivamente por menos de un 10% de los encuestados fueron eliminados del análisis debido a su falta de varianza. Esto condujo a la eliminación de 6 ítems: ítem 7 (6,6%), ítem 10 (5%), ítem 11 (8,5%), ítem 19 (5,3%), ítem 28 (2,5%) y el ítem 31 (8,2%).

Tabla 32. KMO y Esfericidad de Barlett para el Análisis de Componentes Principales

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,816
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1314,588
	gl	325
	Sig.	,000

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Oklim obtenida fue de 0,82 lo cual excede substancialmente del valor recomendado (0,6). La prueba de esfericidad de Bartlett ha resultado así mismo positiva ($\chi^2=1314,588$ $p=.000$). Estos valores indican que nuestra matriz no es idéntica, pudiéndose agrupar en un número menor de factores.

Tabla 33. Varianza total explicada. Método de extracción Análisis de Componentes Principales

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,886	18,792	18,792	2,589	9,958	9,958
2	1,594	6,129	24,921	1,886	7,256	17,214
3	1,441	5,541	30,462	1,723	6,628	23,842
4	1,263	4,859	35,321	1,628	6,263	30,105
5	1,167	4,487	39,808	1,626	6,254	36,360
6	1,136	4,371	44,179	1,509	5,803	42,162
7	1,113	4,280	48,459	1,490	5,729	47,891
8	1,015	3,905	52,364	1,163	4,472	52,364
9	,966	3,717	56,081			
10	,947	3,643	59,724			
11	,898	3,453	63,176			
12	,842	3,239	66,415			
13	,815	3,133	69,548			
14	,808	3,108	72,656			
15	,762	2,930	75,586			
16	,759	2,918	78,505			
17	,726	2,792	81,297			
18	,681	2,619	83,916			
19	,668	2,570	86,485			
20	,598	2,301	88,787			
21	,550	2,114	90,900			
22	,542	2,085	92,985			
23	,489	1,880	94,865			
24	,474	1,821	96,687			
25	,448	1,724	98,410			
26	,413	1,590	100,000			

El ACP reveló la presencia de 8 factores con valores propios por encima de 1 que en conjunto explicaban el 52,36% de la varianza total de los resultados.

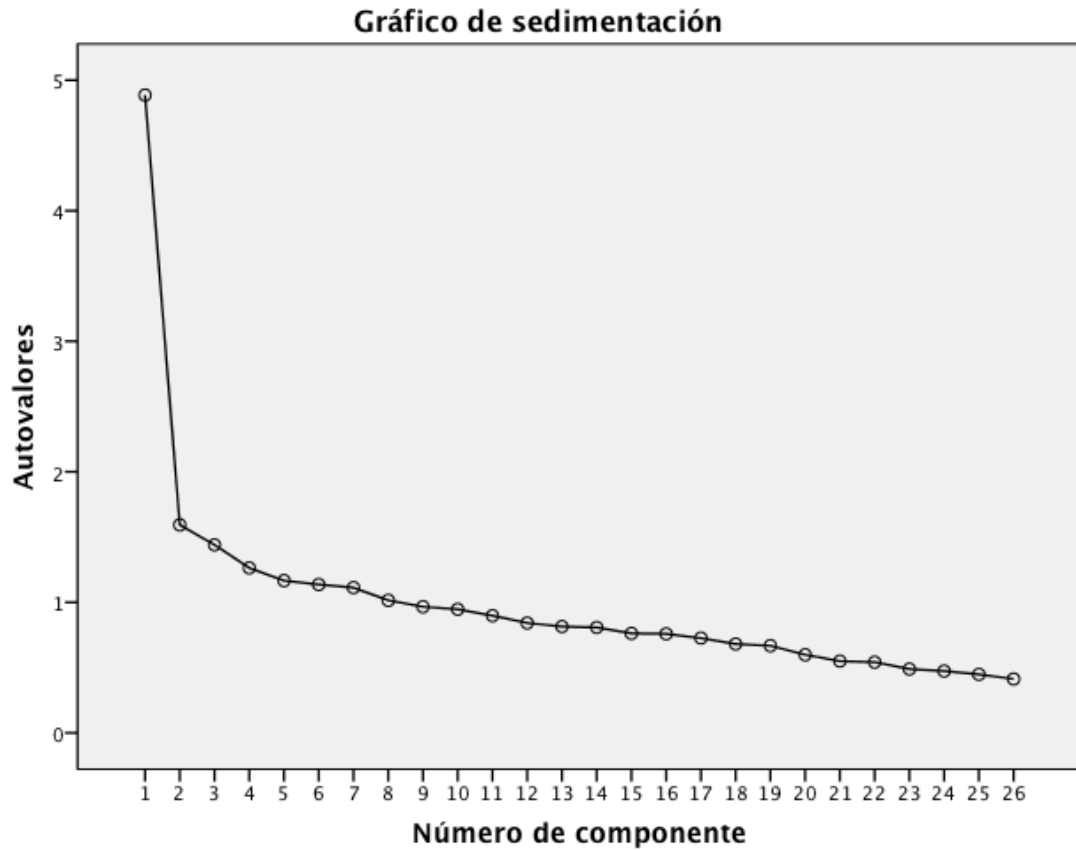


Gráfico 30. Gráfico de sedimentación para el Análisis de Componentes Principales

El gráfico de sedimentación mostraba una ruptura entre el componente 3 y el 4. De esta manera, realizamos un ACP adicional con la extracción de 3 componentes. Las cargas factoriales de este análisis se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 34. Pesos factoriales obtenidos tras el Análisis de Componentes Principales (rotación varimax)

Ítem	Componentes		
	I	II	III
21. ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	,651		
18. ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	,606		
30. ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	,578		
25. ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	,577		
29. ¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	,533		
20. ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	,520		
8. ¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no proceder de su alrededor?	,419		
14. ¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?	,357		
15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?		,581	
26. ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan anormales?		,563	
9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?		,547	
3. ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?		,495	
22. ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?		,472	
5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?		,471	
27. ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?		,452	
23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?		,447	

17. ¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?		,442
1. ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?		,389
16. ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual?	,318	,352
13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?		,608
4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?		,559
6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?		,550
32. ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	,344	,430
24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?		,416
2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?		,416
12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?		,400

Tras la rotación y considerar una carga factorial satisfactoria para incorporarlos al modelo de .40, siguiendo las recomendaciones de Stevens (1946), los tres factores construidos de la siguiente manera explican el 30,46% de la varianza: El factor I ítems 21, 18, 30, 25, 29, 20 y 8; el factor II a los ítems 15, 26, 9, 3, 22, 5, 27, 23 y 17; y el factor III a 13, 4, 6, 32, 24, 2 y 12.

Tabla 35. Prueba KMO y de esfericidad de Bartlett para el análisis en 3 factores

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,816
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1314,588
	gl	325
	Sig.	,000

2.5.2. Análisis factorial confirmatorio

Partimos del modelo obtenido en el análisis factorial exploratorio incluyendo todas las variables con la intención de evaluar su calidad. Se obtuvieron los siguientes estadísticos de bondad de ajuste: $P = .001$; $CMIN/DF = 1,327$; $CFI = .915$; $TLI = .905$; $GFI = .929$; $RMSEA = .032$.

El primer diagnóstico global del modelo se realiza con el estadístico de verosimilitud Chi cuadrado. Su hipótesis nula establece que las restricciones del modelo son correctas. En nuestro caso, se rechaza la hipótesis nula, sin embargo el DF por debajo de tres, indica que se consigue un buen ajuste para muestras mayores de 200 como es nuestro caso.

El resto de ajustes están cercanos al 0.90, por tanto, aunque estimamos que en este primer contraste del modelo, para la muestra de estudio y el tipo de cuestionario, está relativamente ajustado, creemos que debe ser mejorado. Para ello trabajamos con los residuos de las covarianza, advirtiendo que para algunas variables estos residuos eran demasiado elevados.

Las modificaciones se hicieron de manera secuencial, reexaminando los resultados. Una vez eliminados del modelo los ítems 8, 22, 29 y 17, se procedió de nuevo al cálculo de los parámetros de bondad de ajuste, obteniendo los siguientes resultados: $P = .101$; $CMIN/DF = 1,150$; $CFI = .965$; $TLI = .960$; $GFI = .950$; $RMSE = .022$.

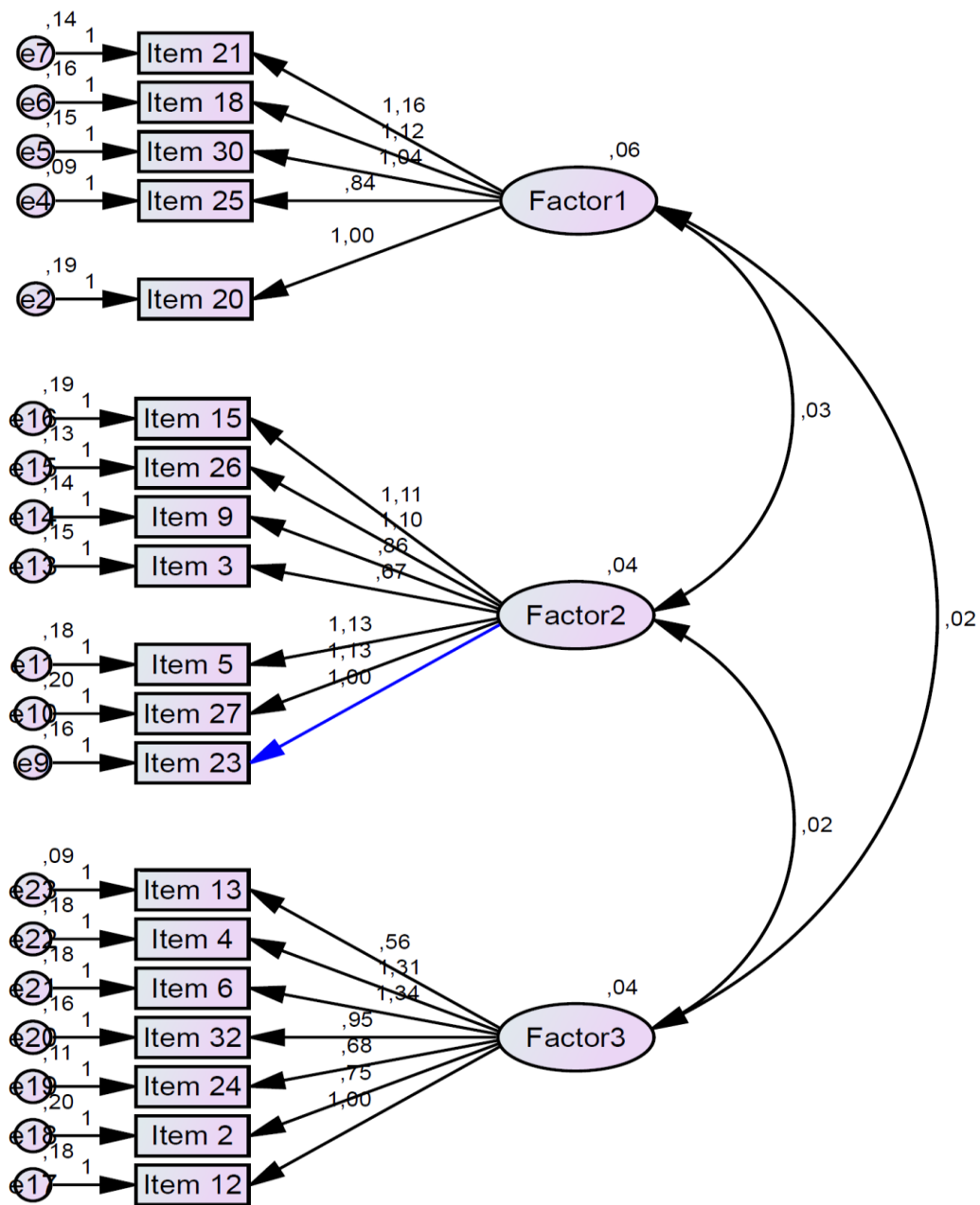


Gráfico 31. Análisis factorial confirmatorio. Modelo ajustado a 3 factores

Este modelo es muy ajustado partiendo del criterio normativo para la mayoría de los autores de que sean mayores o igual a 0.95 y el RMSN menor del 0.08. Quedando los factores compuestos de la siguiente manera:

Factor I (nombrado como “cambios en la cualidad de la percepción”): Ítems 21, 18, 30, 25 y 20; Factor II (nombrado como “experiencias de despersonalización-

desrealización”): 15, 26, 9, 3, 5, 27 y 23; y por último, el Factor III (nombrado como “experiencias asociadas al lóbulo temporal”): 13, 4, 6, 32, 24, 2 y 12. La distribución final de los ítems en relación a los factores se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 36. Distribución tras el análisis factorial confirmatorio de los ítems en cada uno de los factores y frecuencia de respuesta afirmativa para dichos ítems

Factor I. Cambios en la cualidad de la percepción.	
21. ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	99(31%)
18. ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	117(36,7%)
30. ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	100(31,3%)
25. ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	50(15,7%)
20. ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	155(48,6%)
Factor II. Experiencias de despersonalización-desrealización.	
15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?	128(40,1%)
26. ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan anormales?	177(24,1%)
9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?	72(22,6%)
3. ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?	67(21%)
5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?	121(37,9%)
27. ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?	167(52,4%)
23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?	91(28,5%)
Factor III. Experiencias asociadas al lóbulo temporal.	
13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?	37(11,6%)
4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?	143(44,8%)

6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?	169(53%)
32. ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	83(26%)
24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?	47(14,7%)
2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?	101(31,7%)
12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?	101(31,7%)

3. PRUEBAS DE CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA CAPS Y LAS ESCALAS COMPLETADAS POR LAS MUESTRAS DE PACIENTES

3.1. Pruebas de correlación entre las escalas completadas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Tabla 37. Correlaciones entre la CAPS (Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff) y las Escala BPRS (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)

		Puntuación total BPRS	Total Síntomas Negativos	Total Síntomas Positivos
CAPS Total	Correlación de	,319*	,070	,252
	Pearson			
	Sig. (bilateral)	,045	,670	,116
CAPS perturbación	Correlación de	,292	,071	,221
	Pearson			
	Sig. (bilateral)	,068	,665	,171
CAPS intrusión	Correlación de	,302	,083	,228
	Pearson			
	Sig. (bilateral)	,058	,611	,157
CAPS frecuencia	Correlación de	,362*	,110	,305
	Pearson			
	Sig. (bilateral)	,022	,499	,056

Encontramos correlaciones positivas pero de baja magnitud entre la puntuación total de la BPRS y la puntuación total y la Subescala de Frecuencia de la CAPS.

3.2. Pruebas de correlación entre las escalas completadas por los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad

3.2.1. Para la muestra completa

Las pruebas de correlación para la totalidad de la muestra de pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad nos muestran los siguientes resultados para la correlación de Pearson:

Para la escala de Hamilton positivas y de magnitud media-baja para todas las puntuaciones de la escala CAPS. Para la escala DASS, las correlaciones con la subescala Depresión fueron positivas pero de baja magnitud, no encontrándose correlaciones con la puntuación de Intrusión. Para la subescala Ansiedad, Estrés y puntuación total las correlaciones fueron positivas y de magnitud media para todas las puntuaciones de la CAPS. Para la puntuación PSWQ total las correlaciones fueron positivas pero de baja magnitud con todas las puntuaciones de la CAPS.

Tabla 38. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad

		Hamilton Total	Depresión DASS	Ansiedad DASS	Estrés DASS	Puntuación total DASS	PSWQ Total.
CAPS Total	Correlación de Pearson	,481**	,305*	,496**	,436**	,484**	,299*
	Sig. (bilateral)	,000	,031	,000	,002	,000	,035
Total distress score	Correlación de Pearson	,540**	,307*	,516**	,464**	,502**	,376**
	Sig. (bilateral)	,000	,030	,000	,001	,000	,007
Total intrusiveness score	Correlación de Pearson	,494**	,275	,488**	,471**	,479**	,327*
	Sig. (bilateral)	,000	,053	,000	,001	,000	,020
Total Frequency of occurrence	Correlación de Pearson	,510**	,361*	,519**	,510**	,544**	,343*
	Sig. (bilateral)	,000	,010	,000	,000	,000	,015

3.2.2. En función del grupo diagnóstico al que pertenecen: Trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad con agorafobia

Las pruebas de correlación para los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada nos muestran los siguientes resultados para la correlación de Pearson:

Para la escala de Hamilton tan solo encontramos correlaciones positivas pero de baja magnitud para la puntuación de perturbación y de frecuencia.

Para la escala DASS, no encontramos correlaciones para la subescala Depresión, salvo con la puntuación de frecuencia, siendo esta positiva pero de baja magnitud. Las correlaciones con la subescala Ansiedad fueron positivas y de magnitud media-alta para todas las puntuaciones de la CAPS. Para la subescala de Estrés las correlaciones fueron positivas pero de baja magnitud para la puntuación total y la de frecuencia no encontrando relación entre la puntuación de perturbación e intrusión. Por último, la puntuación Afectiva Total presentaba correlaciones de magnitud media para todas las puntuaciones de la CAPS. Para la puntuación PSWQ no se encontraron correlaciones con las de la CAPS.

Tabla 39. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada

			Hamilton Total	Depresión DASS	Ansiedad DASS	Estrés DASS	Puntuación total DASS	PSWQ Total
TAG	CAPS Total	Correlación de Pearson	,365	,384	,668**	,397*	,532**	,120
		Sig. (bilateral)	,073	,058	,000	,049	,006	,567
	CAPS perturbación	Correlación de Pearson	,450*	,281	,647**	,380	,470*	,240
		Sig. (bilateral)	,024	,173	,000	,061	,018	,247
	CAPS intrusión	Correlación de Pearson	,384	,310	,595**	,385	,468*	,215
		Sig. (bilateral)	,073	,058	,000	,049	,006	,567

	Sig. (bilateral)	,058	,132	,002	,057	,018	,303
CAPS frecuencia	Correlación de Pearson	,400*	,419*	,690**	,444*	,571**	,174
	Sig. (bilateral)	,048	,037	,000	,026	,003	,407

Las pruebas de correlación para los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad con agorafobia nos muestran los siguientes resultados para la correlación de Pearson:

Para la escala de Hamilton las correlaciones fueron de magnitud media-alta con todas las puntuaciones de la escala CAPS.

Para la escala DASS, no encontramos correlaciones para la subescala Depresión y la de Ansiedad con las de la CAPS, salvo entre la subescala depresión y la puntuación de perturbación con una correlación positiva pero de baja magnitud. Para la subescala de Estrés y la puntuación total las correlaciones fueron positivas y de magnitud media para todas las puntuaciones de la CAPS. Para la puntuación PSWQ total las correlaciones fueron positivas y de magnitud media con todas las puntuaciones de la CAPS.

Tabla 40. Correlaciones entre la CAPS y las escalas completadas por los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad con agorafobia

			Hamilton Total	Depresión DASS	Ansiedad DASS	Estrés DASS	Puntuación total DASS	PSWQ Total
TAA	CAPS total	Correlación de Pearson	,612**	,285	,351	,449*	,433*	,527**
		Sig. (bilateral)	,001	,167	,086	,024	,031	,007
	CAPS perturbación	Correlación de Pearson	,652**	,410*	,391	,500*	,526**	,589**
		Sig. (bilateral)	,000	,042	,054	,011	,007	,002
	CAPS	Correlación	,630**	,347	,364	,502*	,486*	,536**

intrusión	de Pearson						
	Sig.	,001	,090	,074	,011	,014	,006
	(bilateral)						
CAPS	Correlación	,635**	,389	,378	,538**	,525**	,566**
frecuencia	de Pearson						
	Sig.	,001	,055	,062	,006	,007	,003
	(bilateral)						

DISCUSIÓN

El estudio de la existencia de experiencias de tipo psicótico en población general ha cobrado importancia en los últimos años debido a la consideración dimensional de la enfermedad mental, en la que los síntomas no se explican desde un punto de vista jasperiano sino que se ajustan al modelo de exageraciones o distorsiones de fenómenos comunes, tal y como hemos expuesto previamente.

El desarrollo de medidas psicométricas para valorar la presencia de psicosis y experiencias “*psicosis-like*” ha facilitado, precisamente, que se profundice en el modelo dimensional. Algunas de las escalas tienen como objetivo valorar la predisposición a la psicosis, mientras que otras se centran en aspectos concretos del continuum, como el estudio sintomático: delirios o alucinaciones, influenciadas por los límites de los síntomas en la clínica psiquiátrica.

En España tendemos a realizar “importaciones” de instrumentos psicométricos. Para poder realizar la validación de los mismos, creados en otros países, se deben llevar a cabo una serie de pasos, similares a los que haríamos si construyéramos una escala original. Las escalas que se desarrollan en un idioma diferente suelen, haberse validado en entornos culturales distintos a los nuestros lo que hace necesario, además de la traducción y adaptación lingüística de la escala, que repitamos el proceso de certificación del instrumento, lo que conocemos como la validación de la escala^{171, 172}.

Las razones para optar por la validación de una escala frente a la creación de una nueva son planteadas por Streiner y Norman, 2005¹⁷³.

- Puede resultar más económico y rápido, más eficiente, hacer una validación de una escala ya creada que desarrollar un nuevo instrumento de medida.
- Al utilizarse instrumentos mundialmente aceptados se abre la posibilidad de efectuar estudios entre diferentes países y diferentes culturas.

- Las escalas con amplia aplicación clínica suelen ser instrumentos suficientemente probados y que no van a defraudar después de la validación.
- El desarrollo de una nueva escala implica disponer de recursos técnicos y humanos altamente cualificados y con experiencia en el área.

La presente Tesis Doctoral se ha centrado en la realización de la validación de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff al español con el fin de disponer de un instrumento que permitiese valorar adecuadamente las alteraciones perceptivas en la población general. Y como ya dijimos es la potencial utilidad de la escala y los datos de la validación original de ésta, lo que nos ha llevado a iniciar esta tarea. Así mismo, compartimos dicho objetivo con el de analizar el funcionamiento de la escala en población clínica (pacientes diagnosticados de esquizofrenia y de trastorno de ansiedad) y su comparación con otras escalas ya validadas para la evaluación de experiencia anómalas en población general.

Las características de la muestra seleccionada definen un grupo de sujetos de población general en la que dominan las mujeres (69%) y la edad media es de $20 \pm 2,3$, todos pertenecían al entorno universitario y el 82,1% estaba soltero. Estas características son similares a las empleadas en la serie original y a otros estudios de medidas psicométricas en español con población general como el *Inventario de Ideas Delirantes de Peters* (Fonseca-Pedrero et al., 2012), la *Escala Revisada de las Alucinaciones* (Langer, A 2012) o la *Escala Revisada de Launay-Slade* (Fonseca-Pedrero et al., 2010)^{62, 159, 174}.

La muestra compuesta por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia difiere de la empleada en la validación y revalidación original en tanto que para nuestro estudio optamos por no emplear el término general de “Psicosis” como criterio de inclusión sino tan solo pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con el objetivo de eliminar elementos de confusión que pudiesen aparecer por la combinación en la misma muestra de pacientes con diferentes diagnósticos (esquizofrenia, esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión con síntomas psicóticos, trastorno delirante y psicosis sin especificar), algunos de ellos con un marcado componente afectivo.

Con un 75% de hombres y una edad media de 32,52 ($\pm 5,6$) se conformaba a su vez como una muestra más joven que la de la serie original (40,68 $\pm 10,6$) y con un mayor porcentaje de hombres que de mujeres. Estas diferencias pueden explicarse en base a la combinación de diagnósticos empleados en el estudio original. A su vez, las revisiones epidemiológicas de la esquizofrenia apoyan el inicio precoz y más severo de la enfermedad en hombres frente a las mujeres a pesar de que se ha constatado la igualdad de la prevalencia entre ambos sexos¹⁷⁵⁻¹⁸⁰.

El emplear una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad fue planteado en el diseño original con el objetivo de explorar la posible relación entre la ansiedad como síntoma principal y, la presencia y vivencia de las de experiencias perceptivas anómalas en sujetos sin sintomatología psicótica previa. Por ello empleamos sujetos diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad con agorafobia dado que son estos en los que la ansiedad aparece de una forma más pura y nos permitía contemplarla bajo el prisma de su posible implicación en la presencia de percepciones anómalas⁶²⁻⁶⁴.

Tras llevar a cabo la adaptación de la escala tal como se ha expuesto con anterioridad, y la realización de la prueba piloto, pudimos comprobar que la escala era de fácil manejo y comprensible para población general. En el caso de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, presentaron dificultades para la comprensión del término “perturbación”, y del ítem 15 “¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?” lo que puede explicarse por el menor nivel educativo que presentaban (67,5% estudios primarios y de formación profesional) así como, a su menor capacidad cognitiva resultado del propio deterioro asociado a la esquizofrenia.

Respecto a su validación podemos decir que los resultados de las **pruebas de consistencia interna** obtenidos estaban dentro de los valores criterio y fueron similares a los de la escala original.

Los valores obtenidos para el alfa de Cronbach tanto para la puntuación total (0,834) como para las de las escalas de perturbación (0,879), intrusión (0,871) y frecuencia (0,851) suponen una buena consistencia interna del test o lo que es lo mismo, que las respuestas de los ítems están relacionadas entre sí.

Se puede afirmar que resultados para el alfa de Cronbach de 0,7 son adecuados cuando la escala va a emplearse en investigación y así mismo, se recomiendan valores en torno al 0,8 cuando el objeto del test es diagnóstico y de clasificación. Por el contrario, valores superiores a 0,9 pondrían de manifiesto más un problema de infra-representación del constructo y de validez deficiente, que de adecuada fiabilidad.

En el resultado del alfa de Cronbach también pueden intervenir otros factores, como es el número de ítems, puesto que el valor alfa se encuentra directamente relacionado con la longitud de la escala. Como nuestra escala está compuesta por 32 ítems hemos realizado también la prueba de las dos mitades, para poder aportar datos no influenciados por la longitud de la escala. En el análisis de las dos mitades se obtuvo un coeficiente de correlación (Spearman-Brown) relativamente alto (0,8-0,837), por lo que aparentemente la escala tiene una buena consistencia interna, lo que es coherente con los datos aportados por el alfa de Cronbach total.

La correlación media inter-ítem obtenida en el análisis de la escala es de 0,135 (varianza 0,05). Este es el reflejo de la correlación entre los ítems que componen la escala y este valor obtenido presume una correlación moderada. Los valores de los coeficientes de correlación obtenidos en los análisis de los ítems que corresponden, como veremos a continuación al mismo factor, están entre 0,20 a 0,36 para los factores 1 y 2 siendo algo menores para el factor 3. Aunque aparentemente pueden parecer valores excesivamente bajos, cuando se trata de un análisis inter-ítems, estos valores son reflejo de que no hay redundancia en la medición dentro del mismo dominio de la escala. Así mismo, las correlaciones entre ítems de diferentes factores son más bajas, siendo la menor entre el ítem 13 y el 19 (-0,08).

La correlación entre cada ítem y la puntuación total de la escala se encuentra entre un máximo de 0,43 y un mínimo de 0,163. Se acepta que los valores de estas correlaciones deben estar entre 0,20 y 0,80, que en este caso es así salvo para los ítems 13 y 28, lo que hace referencia a la posible baja capacidad de discriminación para estos ítems.

En cuanto a los resultados obtenidos para la **valoración de la estabilidad**, a través de la prueba test-retest, mostró resultados menores a los esperados en

comparación con los obtenidos en la validación de la escala en inglés, lo que podría deberse al amplio período entre la primera medición y la segunda (6 meses). A pesar de ello, los valores cercanos a 0,6 para las correlaciones y una fiabilidad de 0,75 nos muestran una estabilidad temporal adecuada, aunque sería necesaria una nueva comprobación con un menor tiempo entre ambas mediciones. De todas maneras hemos de hacer constar que la mayor correlación de este coeficiente es para rasgos estables (pruebas de inteligencia, aptitud, rasgos de personalidad...) y aquí estamos midiendo experiencias perceptivas que pudieran no reunir esa condición, por lo que sería difícil discernir entre la inestabilidad debida al rasgo que se quiere medir, de la del instrumento que se utiliza para ello.

La validez convergente se basa en cómo la herramienta a validar se correlaciona con otras escalas de medida de instrumentos que están relacionadas con él. Aquellas variables con las que se espera que no tenga relación nos ofrecen información sobre la validez divergente. En nuestra Tesis, **el estudio de la validez convergente-divergente** muestra que las mayores correlaciones se hallan entre aquellas escalas que pertenecen al mismo constructo: RLSHS ($r=0,56$), subescala de experiencias inusuales de la OLIFE ($r=0,5$) y la PDI-21 ($r=0,58$), mientras que aquellas subescalas que no forman parte del constructo de experiencias anómalas (desorganización cognitiva ($r=0,26$), anhedonia introvertida ($r=0,09$) y disconformidad impulsiva ($r=0,22$)) presentan unas correlaciones muy bajas. Las correlaciones más elevadas para la subescala de experiencias inusuales y menores o no significativas para el resto sugieren que la escala CAPS es en gran medida selectiva en la valoración de experiencias anómalas, pero no de la esquizotipia en particular. Estos resultados son similares a los encontrados en la validación original.

El **estudio de la validez discriminante** muestra diferencias estadísticamente significativas en relación a las puntuaciones obtenidas para la escala CAPS entre las tres muestras sometidas de estudio. Se partía de la base teórica de que los sujetos de población general debían ser significativamente diferentes de los pacientes con esquizofrenia, lo que se refleja en los resultados obtenidos. Para los resultados entre población general y pacientes con el diagnóstico de trastorno de ansiedad, observamos diferencias en cuanto a las puntuaciones de perturbación, intrusión y frecuencia, pero no para la puntuación total de la CAPS. Esto podría deberse a la

influencia de la ansiedad como factor generador de experiencias anómalas, que ya antes habíamos enunciado.

El **análisis factorial** mostraba que la agrupación en tres factores es la que aportaba mayores posibilidades, además de ser la empleada en el estudio original. Este modelo explica el 30,46% de la varianza, como se observa en la Tabla 34. Estos resultados fueron similares a los encontrados en el estudio original. La agrupación resultante de nuestro análisis difiere de la agrupación de la validación original de la escala tan sólo en la conformación de uno de los componentes, lo que suele ser bastante frecuente cuando se intentan replicar modelos factoriales, no obstante, se consideraría provisional y nos plantea futuros estudios para su revalidación. Se muestra un primer componente que hemos denominado “cambios en la cualidad de la percepción” y que presenta una correspondencia muy alta con el segundo factor hallado por Bell et al.^{118, 181}. Al igual que en el trabajo original, este factor se compone de ítems relacionados con cambios en la intensidad perceptiva así como extrañezas perceptivas. El segundo componente agrupa una serie de experiencias inusuales de diferente origen, que hemos denominado “experiencias de despersonalización y desrealización”. Aunque algunos de estos ítems podrían asociarse con la psicosis en general, parecen obtener una mayor coherencia cuando se explican en el contexto de estos fenómenos, que se han descrito ampliamente en la población general, la mayoría de las veces de forma transitoria y asociados a la fatiga, el estrés grave o el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva. Algunos estudios estiman una prevalencia en la población general de hasta un 46%, aunque tan sólo un 1-2% presentaría síntomas clínicamente significativos. Sierra hace referencia a la presencia de alteraciones cognitivas (evocaciones, recuerdos, pensamientos) que acompañan a los sentimientos de irrealidad, así como sentimientos de automatización que pueden afectar no solo a la conducta motora sino también al pensamiento, al lenguaje o a la memoria. En este contexto, el ítem 3 (*¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?*) debería entenderse no como un síntoma de primer rango de Schneider sino como una combinación de alteraciones cognitivas (pensamiento) con un sentimiento de automatismo¹⁸². De la misma forma se describe la presencia de alteraciones perceptivas visuales, entendiéndolas como el incremento o la disminución de la vivencia de los colores, o

la impresión de que son extrañamente planas. Este es el contexto en el que debería interpretarse el ítem 23 (*¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?*), también incluido por Sierra et al. en este factor¹⁸³. El ítem 5 (*¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en el cuerpo?*) pertenece al grupo de síntomas por *desomatización*, definidos por la disminución, pérdida o alteración de las sensaciones corporales y sensación de incorporeidad pudiendo existir un alterado umbral para el dolor¹⁸⁴. El tercer componente, denominado “experiencias del lóbulo temporal”, también presente en el trabajo original, está compuesto por ítems que pueden encuadrarse entre las alteraciones perceptivas descritas en los trastornos del lóbulo temporal mejor que entre los síntomas de primer rango de la psicosis. En el contexto de la epilepsia del lóbulo temporal se han descrito alteraciones perceptivas que incluyen ilusiones y alucinaciones visuales, ilusiones auditivas y alucinaciones musicales, distorsiones de la percepción del tiempo, experiencias inusuales gustativas y olfativas y sentimientos de familiaridad y reconocimiento. Las alteraciones perceptivas descritas por Gloor quedan por tanto adecuadamente representadas por los ítems que componen este factor^{155, 156, 185-187}.

En relación a la frecuencia con que estas experiencias fueron mencionadas por los participantes, el primer y el segundo factor fueron los más frecuentes con una media del 32,66% y 32,37% respectivamente. El tercer factor fue en este caso el que se presentó con menor frecuencia, con un 30,5%. Resultados lógicos cuando empleamos muestras no clínicas, pues el mayor porcentaje hace referencia a experiencias subclínicas y no a síntomas psicóticos, de ahí, que el tercer factor, el menos frecuente, agrupe algunos de los ítems que hablan sobre las experiencias de tipo alucinatorio.

La teoría del continuum en la psicosis implica que síntomas similares a los que se detectan en pacientes con trastorno psicótico pueden ser medidos en población no clínica. Asumimos de este modo que síntomas como alucinaciones o delirios no se encuentran inevitablemente asociados a la presencia de un trastorno. Actualmente se cree que esto tiene relación no con el síntoma en sí, sino con factores como la perturbación, la intrusión, la frecuencia o las comorbilidades por un lado, a factores culturales, personales y a la tolerancia social por otro^{55, 105}.

En las series de casos que estudian la prevalencia de estos síntomas en población no clínica, esta oscila desde un 5% hasta incluso un 29,8%, dependiendo del diseño del estudio en tanto que tan solo se valoren las experiencias por medio de autoinformes o con una entrevista clínica, tal como se vio en la Tabla 2. Esto nos lleva a plantearnos la dificultad de análisis de dichas experiencias en tanto que un clínico valora dichas sensaciones de las que partimos sabiendo que no deben encuadrarse dentro de la presencia de un trastorno, puesto que son consideradas subclínicas. De esta forma podemos enfrentarnos no solo a la posible sobrevaloración de los autoinformes sino a una infravaloración de las experiencias inusuales cuando se emplean entrevistas con clínicos experimentados⁶⁷.

En el análisis de las puntuaciones obtenidas por la escala de Experiencias Anómalas de Cardiff encontramos que las puntuaciones totales y de las escalas de perturbación, intrusión y frecuencia mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución entre las tres muestras.

La puntuación total para la muestra de población general fue la más pequeña (8,7), seguida de la muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (9,72) y la de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (11,7). Estas diferencias pueden explicarse por el hecho de que son justamente los pacientes con esquizofrenia a los que se les presupone la presencia de experiencias perceptuales anómalas. Así mismo, las diferencias se hacen más marcadas cuando analizamos separadamente las escalas de perturbación, intrusión y frecuencia, en las que la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, prácticamente duplica las puntuaciones obtenidas por la muestra de población general, situándose en una posición media las de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Al analizar el porcentaje de respuestas detectamos que tan solo el ítem 27 “¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?” presenta una frecuencia de respuestas afirmativas superior al 45% para las tres muestras, pero con diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones de perturbación, intrusión y frecuencia, las cuales son marcadamente superiores para la muestra de pacientes con esquizofrenia. De forma similar, el ítem 6 “¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?” se encuentra representado por más

del 45% de respuestas afirmativas, en este caso, para la muestra de población general y la de pacientes con esquizofrenia, diferenciándose igualmente en las puntuaciones de perturbación, intrusión y frecuencia para las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por último, el ítem 22 “¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto al usual?” se encontraba presente para ambas muestras de población clínica (muestra 2 y 3) pero en este caso sin diferencias significativas en cuanto a las puntuaciones de perturbación, intrusión y estrés, las cuales fueron ligeramente superiores para la muestra de pacientes diagnosticados de ansiedad que para los que tenían diagnóstico de esquizofrenia.

Las puntuaciones obtenidas para la muestra de población general fueron en todo caso similares a las obtenidas para la validación original (CAPS total 7,3 ±5,8), salvo por el hecho de que en nuestro estudio las mujeres presentan puntuaciones totales mayores que los hombres, siendo lo opuesto para la serie original. Diferentes estudios recogen el hecho de que las mujeres tienden a informar de un número mayor de experiencias inusuales que los hombres, lo que concuerda con los resultados encontrados en nuestra serie y en la revalidación de la escala original en inglés. A pesar de obtener una puntuación total mayor, nuestros sujetos presentaron menores valores de perturbación, intrusión y frecuencia, como se muestra en la siguiente tabla⁶⁷.

Tabla 41. Resumen de las puntuaciones medias y desviación típica obtenidas en la validación original y en el presente estudio.

		TOTAL	PERTURBACIÓN	INTRUSIÓN	FRECUENCIA
VALIDACIÓN ORIGINAL DE LA CAPS (Bell et al. 2006)	HOMBRES	9,3 (6,3)	18,3 (15,3)	21,9 (17,6)	18,2 (15,3)
	MUJERES	6,3 (5,3)	14,0 (14,0)	16,1 (16,5)	12,8 (13,4)
TOTAL		7,3 (5,8)	15,5 (14,5)	18,0 (17,0)	14,6 (14,2)

VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA CAPS	HOMBRES	8,27 (4,99)	16,62 (14,04)	15,41 (12,87)	16,35 (11,4)
	MUJERES	8,89 (5,62)	17,95 (15,6)	15,26 (12,46)	18,63 (14,25)
	TOTAL	8,7 (5,4)	17,54 (15,13)	15,31 (12,57)	17,92 (13,45)

A diferencia del estudio original, la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia obtuvo puntuaciones menores. En nuestra muestra, los valores fueron de $11,7 \pm 6,09$ y alrededor de 15, para la validación en inglés (dato tomado de la figura 2 de la validación de la escala CAPS y de $15,97 \pm 8,17$ para la revalidación realizada por los autores^{118, 181}). Esto puede deberse al hecho de que en nuestro caso empleamos una muestra muy seleccionada de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, mientras que en las otras muestras inglesas se recogieron pacientes con diversos diagnósticos de trastorno psicótico, que recogía desde esquizofrenia a esquizoafectivos y trastornos delirantes, lo que podría haber actuado como factor de confusión. Sería interesante plantear en futuros estudios la valoración del funcionamiento de la escala en cada una de dichas entidades nosológicas. En nuestro trabajo de investigación, un 27,58% de los sujetos de la población general presentaron puntuaciones superiores a la media referida para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, una frecuencia mayor a la presentada en el estudio original (11,3%) pero que concuerda con el hecho ya señalado, de que nuestra muestra de enfermos diagnosticados de esquizofrenia presentaba menores puntuaciones totales y no tanto por una mayor presencia de experiencias inusuales en población general dado que al realizar la comprobación de incrementar el punto de corte al referido en la serie original dichos porcentajes se igualaban.

En el estudio específico de la muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad observamos correlaciones positivas pero de magnitud media baja para las diferentes escalas, incrementándose dicha magnitud para la subescala de perturbación y de frecuencia. En cambio, cuando analizamos los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno de ansiedad con agorafobia por separado, las correlaciones se hacen más intensas para el primero de los diagnósticos con respecto a la subescala ansiedad de la escala DASS, mientras que los pacientes con trastorno con agorafobia presentaron dicha asociación de

mayor magnitud con la escala de Hamilton de ansiedad, lo que plantea la posible participación de la ansiedad como precipitante para la aparición de experiencias inusuales o en la manera en que estas se vivencian.

En el análisis de las escalas empleadas que miden el constructo de predisposición a la psicosis (Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade y el Inventario de Ideas delirantes de Peters) encontramos puntuaciones, tanto totales como de hombres y mujeres, muy similares a las descritas en estudios previos realizados en muestra universitaria tal como se refleja en la Tabla 40. Por esto asumimos que nuestra muestra funciona de forma equivalente a otras series de casos para las que ya se han empleado escalas en castellano con una adecuada validez.

Tabla 42. Resumen de las puntuaciones obtenidas en el inventario de ideas delirantes de Peters (PDI-21) y la escala revisada de alucinaciones de Launay-Slade (RLSHS) y nuestro estudio

		Estudios previos ^{159, 174, 188}	Nuestro estudio
PDI-21 Total	Hombres	4,86 (3,17)	4,23 (2,87)
	Mujeres	4,06 (3,57)	4,22 (2,54)
	Total	4,30 (2,78)	4,23 (2,64)
RLSHS	Hombres	17,66 (3,91)	18,18 (4,24)
	Mujeres	17,25 (3,41)	18,68 (4,66)
	Total	17,38 (3,57)	18,3 (4,53)

Una vez analizados los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación y planteada la discusión de los mismos, creemos que las principales limitaciones del mismo se encuentran a nivel de la valoración de la estabilidad temporal y de la población de estudio.

Respecto al coeficiente de estabilidad temporal la mayoría de los estudios al respecto sugieren:

- El intervalo de tiempo que se deja entre las dos administraciones del test es difícil de determinar: tiene que ser suficiente para que no

recuerden la tarea pero no demasiado amplio para que no se den cambios en los sujetos.

- Una baja correlación test/retest puede ser debida no a la falta de fiabilidad sino a un cambio en el concepto subyacente, sobre todo cuanto más tiempo haya pasado entre las pruebas.
- Puede haber una reactividad del instrumento, que puede influir sobre el mismo concepto en el individuo. Esto ocurre, por ejemplo, en los test de actitudes.
- La memoria de las personas sobre sus contestaciones en la primera prueba pueden influenciar las segundas, sobre todo cuando el intervalo de tiempo transcurrido es demasiado corto.

Como vemos es difícil plantear un intervalo temporal adecuado, que suele oscilar entre dos semanas y seis meses, según los estudios. Nosotros creemos que el amplio período de tiempo entre la primera y segunda observación, seis meses, que se encuentra en el límite superior del intervalo señalado para la valoración del coeficiente de fiabilidad test-retest puede haber influido en su puntuación final por lo que sería recomendable una nueva medición con un período de tiempo menor.

Del mismo modo, a pesar de que la muestra es representativa de la población a estudio, y de hecho el intervalo de edad obtenido es el que mejor se ajusta para la presencia de estas experiencias perceptivas anómalas¹⁰⁵, el hecho de que el origen de la muestra se circunscriba a Córdoba (España) así como el que sean estudiantes universitarios podría dificultar la extrapolación de los resultados. Sería necesario repetir el estudio con una muestra menos limitada de la población general.

Probablemente, otra de las limitaciones sea la dificultad para la comprensión por la muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del término “perturbación”. Una vez analizados los resultados y el funcionamiento de la escala se propuso al autor la modificación de la CAPS en la versión española de la palabra “perturbación” por “malestar”, concepto más extendido en castellano y que será utilizado en la replicación del estudio.

Otra limitación del estudio ha resultado de la administración de la escala CAPS en la muestra clínica de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (exclusivamente)

para la muestra 2, lo que ha distorsionado la comparación perfecta con los resultados obtenidos en el estudio original, así como la valoración del componente afectivo de la psicosis en la presentación de experiencias inusuales.

Con el desarrollo del presente trabajo se han cumplido con los objetivos planteados:

Adaptar y validar al español la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff para población general.

- Determinar el análisis factorial de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.
- Determinar la validez convergente-divergente de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.
- Determinar la fiabilidad interna de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.
- Determinar la validez discriminante de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS).

Con los resultados obtenidos se comprueba la hipótesis planteada de que la validación de la escala CAPS al castellano cumple con los estándares aceptados de fiabilidad y validez. Y que estos varían respecto a la serie original por ser una muestra con cultura diferente.

Disponer de una versión de la escala CAPS en castellano y validada para población general supone un paso hacia adelante en el estudio de la presencia de experiencias perceptivas anómalas en población general. Por su fácil aplicación hace que esta escala pueda tener un papel importante en la valoración de estas experiencias.

Como continuación de la línea de trabajo iniciada con el presente estudio en la actualidad estamos llevando a cabo en colaboración con el Dr. Vaughan Bell (King's College of London) y con William Tamayo (Universidad de Medellín) una validación transcultural de la escala de Experiencias Anómalas de Cardiff, en la población general de Reino Unido, de Colombia y España.

Nuestras futuras líneas de investigación derivadas de esta Tesis Doctoral, plantean la replicación del estudio teniendo en cuenta las limitaciones anteriormente reseñadas, así como el estudio del componente despersonalización-desrealización obtenido en el análisis factorial y su papel en la génesis de experiencias perceptivas anómalas. En esta línea, queremos determinar la influencia que situaciones estresantes puedan ejercer para la aparición de las mismas y, de esa manera, contribuir en el esclarecimiento de los confusos límites entre normalidad y psicosis.

CONCLUSIONES

1. Se confirma la primera hipótesis. Se han detectado experiencias perceptivas anómalas en nuestra muestra extraída de población general.
2. Se confirma la segunda hipótesis. Con los resultados obtenidos podemos afirmar que la versión española de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS), al igual que la inglesa, es un instrumento de evaluación psicométrica fiable y válido para la medición de las experiencias anómalas en población no clínica.

CONCLUSIONS

1. The first hypothesis is confirmed. It has been detected the existence of anomalous perceptual experiences in our general population sample.
2. The second hypothesis is confirmed. With these results, it can be said that the Spanish version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS), like the English version, is a valid and reliable psychometric measure of the perceptual anomalies in non-clinical population.

RESUMEN

En el momento actual se ha demostrado que en población no clínica pueden detectarse de manera objetiva experiencias perceptivas, clásicamente conceptualizadas como psicóticas.

Desde un punto de vista teórico nos estaríamos moviendo en el terreno del modelo continuum, cercano a lo dimensional y opuesto al categorial que ha dominado las clasificaciones psiquiátricas en las últimas décadas. Dentro de los modelos de continuum la mayoría de los autores establecen una clara diferenciación entre el de tipo I⁵⁵⁻⁵⁷, que plantea que las experiencias psicóticas en población no clínica no van inevitablemente asociadas con la presencia de un trastorno, sino que va a depender de otros factores como la intrusividad y la frecuencia de las mismas, de factores culturales y personales, por lo que han de ser entendidas como expresiones no patológicas en una personalidad normal, a lo sumo, como factores latentes de vulnerabilidad, pero no patológicos *per se*⁵⁸ y el tipo II, denominado como cuasi-continuo que parte de unos rasgos que constituirían un factor predisponente o de vulnerabilidad para el desarrollo del trastorno^{51, 59-61}.

Otra línea de trabajo plantea la coexistencia de ambos modelos, de manera que en las experiencias de tipo psicótico podrían existir a la vez dimensiones que sean no patológicas (pensamiento mágico) y otras que puedan ser la antesala de una posible expresión completa del trastorno, al estar asociadas a estrés, depresión, ansiedad... etc⁶²⁻⁶⁴.

A partir del estudio del continuum, denominado según el investigador: predisposición a la psicosis (*psychosis proneness*), experiencias psicóticas (*psychotic experiences*), esquizotipia (*schizotypy*), alto riesgo de estados mentales (*at-risk mental states*), etc, se han ejecutado fructíferas líneas de investigación en población general^{55, 65-67} y en familiares de enfermos esquizofrénicos⁶⁸⁻⁷¹ con el fin de intentar clarificar desde una transición lineal, dónde se deja de ser normal para convertirse en un paciente con un trastorno psicótico^{51, 55, 72}.

Ha sido van Os (2009) el que ha formulado la necesidad de saber si estas experiencias poseen, científicamente, un valor suficiente como para que la investigación siga esos derroteros. Los resultados del metaanálisis que llevó a cabo demostraron un prototipo de predisposición a la psicosis, basado en el modelo

persistencia deterioro muy influido por la exposición adicional a riesgos ambientales como traumas, cannabis o vivir en la ciudad^{123, 124}, que junto a la alta prevalencia de las experiencias psicóticas, su agrupación familiar, la expresión asociada a la edad y la baja tasa de transición a trastorno psicótico son índices de la presencia de un modelo de psicosis que considera que los factores de fondo genéticos inciden en sentido amplio en la distribución y expresión transitoria en población general en su desarrollo. El mal pronóstico vendría de la persistencia y, el trastorno clínico estaría en relación con las exposiciones ambientales que interactúan con el riesgo genético. Es decir, la expresión transitoria del desarrollo de la psicosis puede llegar a ser anormalmente persistente y clínicamente relevante en función del grado de riesgos ambientales a los que la persona está expuesta¹⁰⁵.

La siguiente interrogante que se sugiere es de qué forma podemos explorar objetivamente estas experiencias perceptivas y en ese sentido, esta Tesis Doctoral contribuye mediante la adaptación y validación al español de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff. (CAPS).

El objetivo de los autores al diseñar la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) era construir una medida psicométrica válida y fiable de las anomalías perceptivas. Esta escala, fundamentalmente, no tiene en cuenta el contexto de la clínica psiquiátrica y considera las experiencias subjetivas desde diferentes rasgos de introspección. La CAPS incluye ítems relativos a distorsiones en la intensidad de la percepción, experiencias en todas las modalidades sensoriales y experiencias sensoriales, tradicionalmente asociadas con trastornos del lóbulo temporal. En la escala final, cada elemento se presenta como una cuestión. Un total de 32 ítems que requieren una respuesta de “sí” o “no”. Si la experiencia se produce, ha de ser cualificada en tres dimensiones: Perturbación, intrusión y frecuencia, en una Escala Likert (1-5)^{118, 181}.

En esta Tesis Doctoral hemos llevado a cabo un estudio descriptivo, controlado y transversal en el que se evaluó a 324 sujetos de población general con la CAPS, con el Inventario de Ideas Delirantes de Peters de 21 ítems, con la Escala revisada de Alucinaciones de Launay-Slade y el Inventario reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias.

Los resultados han demostrado que la CAPS en su versión española posee buena consistencia interna y una adecuada fiabilidad test-retest. Las correlaciones con las demás escalas proporcionan evidencia de una buena validez convergente-divergente y el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la CAPS reflejaron una estructura de tres factores consistente.

Por todo ello podemos concluir que la adaptación y validación al español de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff cumple con los estándares aceptados de fiabilidad y validez. Y que estos varían respecto a la serie original por ser una muestra con cultura diferente.

Disponer de una versión de la escala CAPS en castellano y validada para población general supone un gran avance en el estudio de la presencia de experiencias perceptivas anómalas en población general. Por su fácil aplicación hace que esta escala pueda tener un papel importante en la valoración de estas experiencias, así como para el desarrollo de futuras investigaciones.

ABSTRACT

It has been established that perceptual distortions and psychosis-like experiences can be found in the non-clinical population. This has led to the 'continuum model' of psychosis where psychosis-like experiences are considered to be a dimension distributed throughout the population rather than categorical in nature as assumed by traditional psychiatric diagnoses.

However, the scientific literature establishes a clear distinction between two approaches in the continuum model. The first approach holds that experiencing symptoms of psychosis such as hallucinations is not inevitably associated with presence of disorder⁵⁵⁻⁵⁷. This is considered dependent on symptom characteristics such as intrusiveness, frequency and comorbidity with other symptoms on the one hand, and personal and cultural factors on the other, so these experiences can be understood within a model of normal psychological functioning⁵⁸. The second approach, defined as quasi-continuum, suggests that these experiences represent a proneness or vulnerability factor for the development of a disorder^{51, 59-61}.

Another line of inquiry allows for the coexistence of both approaches, concluding that psychosis could also involve non-pathological dimensions (for example, magical thinking) alongside other factors that cause the onset of the full disorder and its associated stress, depression, anxiety and so on⁶²⁻⁶⁴.

The continuum model approach has been used to research psychosis proneness, psychotic experiences, schizotypy and at-risk mental states and has also included several lines of research in the general population^{55, 65-67} and in relatives of patients with schizophrenia⁶⁸⁻⁷¹. A common focus of this research has been to try and clarify at which point a person transitions into a psychotic disorder^{51, 55, 72}.

A key meta-analysis by van Os and colleagues suggests a psychosis proneness–persistence-impairment model. This includes the role of exposure to additional environmental risk factors, such as trauma, cannabis and urbanicity^{123, 124}. This, together with the high prevalence of psychotic experiences, their familial clustering, age-associated expression and low rate of transition of psychotic disorder, suggests a model of psychosis that includes genetic factors and a broadly distributed and transitory expression of psychosis during development which can become pathological due to environmental exposures interacting with genetic risk. Psychosis

proneness may become abnormally persistent and subsequently clinically relevant, depending on the degree of environmental risk the person is exposed to¹⁰⁵.

However, measuring the continuum of these experiences remains a challenge. To this end, this doctoral thesis reports on the adaptation and validation of a Spanish version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS).

The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) was constructed to be a valid and reliable psychometric measure of perceptual anomalies. The experiences of perceptual distortion measured by the scale are drawn from a wide clinical literature, not purely from clinical psychiatry and it aims to measure subjective experiences from a range of different insight perspectives. The CAPS includes items pertaining to distortions in perceptual intensity, to experiences in all appropriate sensory modalities, and to sensory experiences traditionally associated with temporal lobe disturbances. In the final scale, each item is presented as a question requiring an answer of “yes” or “no”, with the participants required simply to rate the item for distress, intrusiveness, and frequency of occurrence on a 5-point (1-5) Likert scale if they responded with a “yes” to the initial question^{118, 181}.

This doctoral thesis reports a descriptive, controlled and cross-sectional study with 324 participants from the general population that completed a verified Spanish translation of the CAPS, the 21-item Peter et al Delusions Inventory, the Revised Launay-Slade Hallucinations Scale and the reduced Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE).

The results indicate that the Spanish version of the CAPS has good internal consistency and test-retest reliability. Analysis of the relationship to other scales indicates evidence of good convergent and divergent validity and the exploratory and confirmatory analysis on the CAPS items produced three consistent factors.

In conclusion, the Spanish version of the CAPS is a valid and reliable psychometric measure of the anomalous perceptual experiences in the general population, considering that the results can vary from the original sample due to differences in the cultural context.

Having a valid and reliable Spanish version of the CAPS represents a step forward in the field of the anomalous perceptive experiences in general population. The easy use of the scale can play an important role in the assessment of these experiences, as well as in the development of future research.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallagher S, Zahavi D. Phenomenological Approaches to Self-Consciousness. 2010. In: The Stanford Encyclopedia of Philosophy [Internet]. Available from: <http://plato.stanford.edu/archives/win2010/entries/self-consciousness-phenomenological/>.
2. Husserl E. Problemas Fundamentales de la Fenomenología. Madrid: Alianza; 1994.
3. Medina A, Moreno MJ, Lillo R. Enfermar y enfermedades en psiquiatría. Archivos de Psiquiatría. 2006;69(3):159-70.
4. Pichot P. Un siglo de psiquiatría. Madrid: Triacastela; 2011.
5. Medina A, Moreno MJ. Variabilidad del enfermar psiquiátrico y trastornos de personalidad (los esquemas sociales de la locura). Anales Psiquiatría. 2000;16(5):182-91.
6. Medina A. La relevancia social del síntoma en la clínica psiquiátrica de los Trastornos de personalidad. In: Medina A, Moreno MJ, editors. Trastornos de Personalidad: Un estudio médico-filosófico. Córdoba: Nanuck; 1984. p. 117-37.
7. Laín P. Realidad y lógica de la inferencia diagnóstica. El diagnóstico médico. Barcelona: Salvat; 1982. p. 347-80.
8. Alucinaciones y otras pseudopercepciones. In: Luque R, Villagran J, editors. Psicopatología descriptiva: Nuevas Tendencias. Madrid: Trotta; 2000.
9. Berbiguier C. Les Fardets, or tous les demons en sont pas de l'autre monde. Grenoble: Jérôme Million; 1990.
10. Brierre de Boismont A. Des Hallucinations. París, Baillièere 1862.
11. Berrios G. Los Trastornos de la Percepción. Historia de los síntomas mentales La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: Fondo de Cultura Económica.; 2008. p. 63-101.
12. Lanteri-Laura G. Las alucinaciones. México: Fondo de cultura económica; 1994.

13. Alvarez JM, Estévez F. Las alucinaciones: Historia y clínica. Frenia. 2001;I(1):65-96.
14. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Repor on the Census of Hallucinations. Proceedings of the Society for Psychical Research. 1894;10:25-234.
15. Villagran J, Luque R. Pseudoalucinación: Un análisis crítico. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1994;XIV(50):391-402.
16. Hare EH. A short note on pseudo-hallucinations. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 1973 Apr;122(569):469-76.
17. Caparrós A. El proyecto psicológico de Wundt en Heildelberg. Anuario de Psicología. 1980;23(2):1-15.
18. Ridruejo P, Medina A, Rubio JL. Psicología Médica. Madrid: Mc Craw-Hill-Interamericana; 1996.
19. Cubero M. Un análisis cultural de los procesos perceptivos. Anuario de Psicología. 2005;36(3):261-80.
20. Brunswick E. Perception and the representative design of psychological experiments. Berkeley; Los Angeles: University of California Press; 1956.
21. Gibson JJ. The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; 1979.
22. Damasio AR. El error de Descartes : la emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Crítica; 1996.
23. Gibbs RW. Embodiment and cognitive science. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2006.
24. Noe A. Fuera de la Cabeza: por qué no somos nuestro cerebro y otras lecciones de biología de la conciencia. Barcelona: Kairós; 2010.

25. Varela FJGC. Conocer : las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales. Barcelona: Gedisa; 1996.
26. Noë A. Action in perception. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2004.
27. Redondo I. Un modelo experiencialista de la cognición aplicado al estudio filosófico de la ciencia. Barcelona: Autónoma de Barcelona; 2012.
28. García Vega L. Breve historia de la psicología. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2003.
29. Stanghellini G. Schizophrenic consciousness, spiritual experience, and the borders between things, images and words. Transcultural psychiatry. 2005 Dec;42(4):610-29.
30. Hutchins E. Imagining the Cognitive Life of Things. The Cognitive Life of Things: Recasting the boundaries of Mind; Cambridge University, UK2006.
31. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Lecciones de Psicología Médica. Madrid: Masson; 1999.
32. Carnevale F, de Lafuente V, Romo R, Parga N. Internal signal correlates neural populations and biases perceptual decision reports. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2012 October 29, 2012.
33. Freud S. Proyecto de psicología para neurólogos. Barcelona: Biblioteca Nueva; 2006.
34. Freud S. Introducción al narcisismo. Barcelona: Biblioteca nueva; 2006.
35. Watzlawick P. La nueva mirada en la construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Barcelona: Herder; 2006.
36. Paniagua C. Convergencias actuales entre psicoanálisis y neurociencias. Ars Médica Revista de Humanidades. 2004 (2):194-211.

37. Canteros J, Novaro L. Neuroplasticidad y epigénesis. Revista de Psicoanálisis. 2006;24.
38. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. The American journal of psychiatry. 1998 Apr;155(4):457-69.
39. Ribé JM, Martín T. Psicoanálisis, Neurobiología: El fin de una dualidad. 2009; 13. Available from: <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/42990/>.
40. Gabbard MD. Mente, cerebro y trastornos de la personalidad. The American journal of psychiatry. 2001;8:385-92.
41. Gallesse V, Eagle MN, Migone P. Entonamiento emocional: neuronas espejo y los apuntalamientos neuronales de las relaciones interpersonales. . Revista de Psicoanálisis. 2007;6.
42. Olds DD. Identification: psychoanalytic and biological perspectives. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2006 Winter;54(1):17-46.
43. Avenburg R. Teoría de la acción. Perspectivas filosóficas y psicoanalíticas. Argentina: Asociación Argentina de Epistemología del Psicoanálisis.; 1999.
44. Court C. Concepción psicoanalítica sobre la alucinación. Santiago de Chile 2010.
45. Freud S. Interpretación de los sueños. Barcelona: Biblioteca Nueva; 2006.
46. Canguilhem G. Lo normal y lo Patológico. Buenos Aires: Siglo XXI; 1971.
47. Kessler RC. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. Journal of health and social behavior. 2002 Jun;43(2):171-88.
48. Widakowich C. El enfoque dimensional vs el enfoque categorial: Aspectos históricos y epistemológicos. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2012;17(4):365-74.

49. Esterberg ML, Compton MT. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Current psychiatry reports*. 2009 Jun;11(3):179-84.
50. Blázquez R, Gallarraga E. El continuum entre normalidad y psicosis. *An Psiquiatría*. 2007;23(1):20-30.
51. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychological medicine*. 2010 Dec;40(12):1935-42.
52. Bentall RP. *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Books; 2003.
53. Peralta V, Cuesta MJ. The diagnosis of schizophrenia: Old wine in a new bottles. *Internarional Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003;3:141-52.
54. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2007 Jun;6(2):100-1.
55. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*. 2001 Nov;21(8):1125-41.
56. Krabbendam L, Myin-Germeys I, Bak M, van Os J. Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005 Mar;39(3):180-6.
57. Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM, Owens DG, Johnstone EC. The 'continuum of psychosis': scientifically unproven and clinically impractical. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010 Dec;197(6):423-5.
58. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? *Schizophrenia bulletin*. 1994;20(1):151-68.

59. Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR, Eckblad M, Zinser MC. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of abnormal psychology*. 1994 May;103(2):171-83.
60. Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizopphrenia. *American Psychologist*. 1962;17(12):827-38.
61. Raine A, Reynolds C, Lencz T, Scerbo A, Triphon N, Kim D. Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia bulletin*. 1994;20(1):191-201.
62. Langer AI. Análisis de las experiencias alucinatorias desde el modelo dimensional: Implicaciones clínicas y educativas. Almería: Almería; 2011.
63. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2009 Feb;43(2):118-28.
64. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia research*. 2003 Mar 1;60(1):21-32.
65. Ian K, Jenner JA, Cannon M. Psychotic symptoms in the general population - an evolutionary perspective. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2010 Sep;197(3):167-9.
66. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia research*. 2002 Mar 1;54(1-2):59-65.
67. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, Sierra-Baigrie S. Experiencias Psicóticas atenuadas en población adolescente. . *Papeles del Psicólogo*. 2009;30(1):63-73.
68. Bora E, Veznedaroglu B. Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: the relationship between

schizotypal features and personality. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2007 Jan;22(1):27-31.

69. Maggini C, Raballo A. Subjective experience of schizotropic vulnerability in siblings of schizophrenics. *Psychopathology*. 2004 Jan-Feb;37(1):23-8.

70. Parnas J, Handest P, Jansson L, Saebye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology*. 2005 Sep-Oct;38(5):259-67.

71. Smith MJ, Cloninger CR, Harms MP, Csernansky JG. Temperament and character as schizophrenia-related endophenotypes in non-psychotic siblings. *Schizophrenia research*. 2008 Sep;104(1-3):198-205.

72. Langer AI, Cangas AJ. Fundamentos y Controversias en la Diferenciación entre Alucinaciones en Población Clínica y Normal. *TERAPIA PSICOLÓGICA*. 2007;5(2):173-82.

73. Phillips KA, First MB, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Masson; 2004.

74. García G, Saldivar A, Llanes A. DSM-V: Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud Mental*. 2011;34:367-8.

75. Maser JD, Patterson T. Spectrum and nosology: implications for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*. 2002 Dec;25(4):855-85, viii-ix.

76. Saiz Ruiz J. [The DSM-V and its "spectrums"]. *Actas españolas de psiquiatria*. 2008 Sep-Oct;36(5):247-50.

77. First MB. DMS.IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001.

78. Miranda LA, López C, García J, Ospina J. El uso del endofenotipo en el estudio del componente genético de la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2003;XXXII(3):237-48.

79. Moldin SO, Gottesman, II. At issue: genes, experience, and chance in schizophrenia--positioning for the 21st century. *Schizophrenia bulletin*. 1997;23(4):547-61.
80. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Genes, environment and schizophrenia. *The British journal of psychiatry Supplement*. 2001 Apr;40:s18-24.
81. Faraone SV, Kremen WS, Lyons MJ, Pepple JR, Seidman LJ, Tsuang MT. Diagnostic accuracy and linkage analysis: how useful are schizophrenia spectrum phenotypes? *The American journal of psychiatry*. 1995 Sep;152(9):1286-90.
82. Krabbendam L, Myin-Germeys I, Van Os J. The expanding psychosis phenotype. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2004;4(2):411-20.
83. Toomey R, Faraone SV, Seidman LJ, Kremen WS, Pepple JR, Tsuang MT. Association of neuropsychological vulnerability markers in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia research*. 1998 May 25;31(2-3):89-98.
84. Sbrana A, Dell'Osso L, Benvenuti A, Rucci P, Cassano P, Banti S, et al. The psychotic spectrum: validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Psychotic Spectrum. *Schizophrenia research*. 2005 Jun 15;75(2-3):375-87.
85. Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Archives of general psychiatry*. 1989 Oct;46(10):935-44.
86. Faraone SV, Green AI, Seidman LJ, Tsuang MT. "Schizotaxia": clinical implications and new directions for research. *Schizophrenia bulletin*. 2001;27(1):1-18.
87. Vidal Castro C, Palomo Nicolau A. Evolución del concepto de esquizotaxia. *TITLEREVISTA*. 2005;12(03):106-16.
88. Battaglia M, Bernardeschi L, Franchini L, Bellodi L, Smeraldi E. A family study of schizotypal disorder. *Schizophrenia bulletin*. 1995;21(1):33-45.

89. Torgersen S. Relationship of schizotypal personality disorder to schizophrenia: genetics. *Schizophrenia bulletin*. 1985;11(4):554-63.
90. Stone WS, Faraone SV, Seidman LJ, Green AI, Wojcik JD, Tsuang MT. Concurrent validation of schizotaxia: a pilot study. *Biological psychiatry*. 2001 Sep 15;50(6):434-40.
91. Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI, Faraone SV. An integration of schizophrenia with schizotypy: identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. *Schizophrenia research*. 2002 Mar 1;54(1-2):169-75.
92. Coronas R, Arrufat FJ, Domènech C, Cobo JV. Factores de riesgo de aparición de esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*. 2002;9(3):116-25.
93. Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Schizophrenia: vulnerability versus disease. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2000 Sep;2(3):257-66.
94. Bolaños S. Análisis epistémico del modelo biológico para explicar el origen de la esquizofrenia. *Actualidades en Psicología*. 2003;19(106):113-30.
95. Stone WS, Faraone SV, Seidman LJ, Olson EA, Tsuang MT. Searching for the liability to schizophrenia: concepts and methods underlying genetic high-risk studies of adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2005 Jun;15(3):403-17.
96. Weiser M, Noy S, Kaplan Z, Reichenberg A, Yazvitsky R, Nahon D, et al. Generalized cognitive impairment in male adolescents with schizotypal personality disorder. *American journal of medical genetics Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*. 2003 Jan 1;116B(1):36-40.
97. Leal C, Pérez JF. Trastorno esquizotípico. In: Roca M, editor. *Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Ars XXI; 2003. p. 473-90.
98. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. Premorbid personality in psychoses. *Schizophrenia bulletin*. 1999;25(4):801-11.

99. Claridge G, Beech T. Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In: Raine A, Lencz T, Mednick SA, editors. Schizotypal Personality. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
100. Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior. *The American journal of psychiatry*. 1953 Dec;110(6):406-16.
101. Siever LJ, Davis KL. Fisiopatología de los trastornos esquizofrénicos: perspectiva desde el espectro. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*. 2004;7:317-32.
102. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual review of clinical psychology*. 2006;2:291-326.
103. Nelson B, Fusar-Poli P, Yung AR. Can we detect psychotic-like experiences in the general population? *Current pharmaceutical design*. 2012;18(4):376-85.
104. Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M. Psychotic-Like or Unusual Subjective Experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype. *Psychiatry research*. 2012 Dec 30;200(2-3):669-73.
105. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*. 2009 Feb;39(2):179-95.
106. Cannon M. Hearing voices - the significance of psychotic symptoms among young people. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2012 Oct;5(4):214-6.
107. Scott J, Chant D, Andrews G, McGrath J. Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological medicine*. 2006 Feb;36(2):231-8.
108. Horwood J, Thomas K, Duffy L, Gunnell D, Hollis C, Lewis G, et al. Frequency of psychosis-like symptoms in a non-clinical population of 12 year olds: Results from the Alspac Birth Cohort. *Schizophrenia research*. 2008;98:77-8.

109. Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, van Os J. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 2005 Jun;44(Pt 2):181-91.
110. Kwapil TR, Miller MB, Zinser MC, Chapman J, Chapman LJ. Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication. *Journal of abnormal psychology*. 1997 Aug;106(3):491-5.
111. Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F. Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 2002 May;32(4):619-27.
112. Verdoux H, Maurice-Tison S, Gay B, Van Os J, Salamon R, Bourgeois ML. A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological medicine*. 1998 Jan;28(1):127-34.
113. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of general psychiatry*. 2001 Jul;58(7):663-8.
114. Mojtabai R. Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006 Mar;41(3):183-90.
115. Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK, Avramopoulos DA, Evdokimidis IK, Stefanis CN, et al. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological medicine*. 2002 Feb;32(2):347-58.
116. Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(4):1005-22.
117. Verdoux H, van Os J, Maurice-Tison S, Gay B, Salamon R, Bourgeois ML. Increased occurrence of depression in psychosis-prone subjects: a follow-up study in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*. 1999 Nov-Dec;40(6):462-8.

118. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): a new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophrenia bulletin*. 2006 Apr;32(2):366-77.
119. Yung AR, Buckby JA, Cosgrave EM, Killackey EJ, Baker K, Cotton SM, et al. Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia research*. 2007 Mar;91(1-3):246-53.
120. Obiols JE, Barragan M, Vincens J, Navarro B. Síntomas pseudo-psicóticos en población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2008;13(3):205-17.
121. Kitamura T, Okazaki Y, Fujinawa A, Yoshino M, Kasahara Y. Symptoms of psychoses. A factor-analytic study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1995 Feb;166(2):236-40.
122. McGorry PD, Bell RC, Dudgeon PL, Jackson HJ. The dimensional structure of first episode psychosis: an exploratory factor analysis. *Psychological medicine*. 1998 Jul;28(4):935-47.
123. Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia bulletin*. 2005 Jul;31(3):608-12.
124. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Does urbanicity shift the population expression of psychosis? *Journal of psychiatric research*. 2004 Nov-Dec;38(6):613-8.
125. Collip D, Myin-Germeys I, Van Os J. Does the concept of "sensitization" provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophrenia bulletin*. 2008 Mar;34(2):220-5.
126. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, De Graaf R, Vollebergh W, Krabbendam L, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness-persistence model. *Psychological medicine*. 2007 Apr;37(4):513-27.

127. Group PW. Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. Proposed revision. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 2010. Available from: <http://www.dsm5.org>
128. Frances A. Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V.2010; 27(2). Available from: <http://www.psychiatrytimes.com/dsm-v/content/article/10168/1522341#sthash.eJA8UVz7.dpuf>.
129. Simon AE, Umbricht D. High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. Schizophrenia research. 2010 Feb;116(2-3):168-72.
130. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5): American Psychiatric Association; 2013.
131. Eysenck HJ. Schizothymia-cyclothymia as a dimension of personality. II. Experimental. Journal of personality. 1952 Mar;20(3):345-84.
132. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Psychoticism as a Dimension of Personality. London: Hodder and Stoughton; 1976.
133. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. Personality and Individual Differences. 1985;6:21-9.
134. Claridge OM. Individual differences in schizotypy and reduced asymmetry using the chimeric faces task. Cognitive neuropsychiatry. 1999 Nov;4(4):289-301.
135. Bentall RP, Claridge GS, Slade PD. The multidimensional nature of schizotypal traits: a factor analytic study with normal subjects. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 1989 Nov;28 (Pt 4):363-75.
136. Aguilar A, Gutiérrez J, Aguilar E, editors. Estudio psicométrico de la adaptación española de las escalas O-LIFE. Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de la Sociedad Española para la Investigación de las Diferencias Individuales; 1997; Madrid.

137. Gutiérrez J, Aguilar A, Jarne A, Aguilar E, editors. Spanish version and factorial study of the O-LIFE. I Congreso de la Sociedad Española de Psicopatología y Psicología Clínica; 1997; Madrid.
138. Gutiérrez-Maldonado J, Barrantes-Vidal N, Obiols JE, Aguilar A, Aguilar E, editors. Versión reducida del Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiencies. Comunicación presentada en el V Congreso de Evaluación Psicológica; 1999; Benalmádena.
139. Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of Delusional Ideation in the Normal Population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). Schizophrenia bulletin. 1999 January 1, 1999;25(3):553-76.
140. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1974.
141. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Body-image aberration in Schizophrenia. Journal of abnormal psychology. 1978 Aug;87(4):399-407.
142. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 2000 Mar;39 (Pt 1):67-78.
143. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 2002 Sep;41(Pt 3):259-70.
144. Bunney WE, Jr., Hetrick WP, Bunney BG, Patterson JV, Jin Y, Potkin SG, et al. Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA). Schizophrenia bulletin. 1999;25(3):577-92.
145. Eckblad M, Chapman LJ. Magical ideation as an indicator of schizotypy. Journal of consulting and clinical psychology. 1983 Apr;51(2):215-25.
146. Eckblad M, Chapman LJ. Development and validation of a scale for hypomanic personality. Journal of abnormal psychology. 1986 Aug;95(3):214-22.

147. Eckblad M, Chapman LJ, Chapman JP, Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. 1982.
148. El-Meligi AM, Osmond H. Manual for the clinical use of the Experiential World Inventory New York: Mens Sana Publishing.; 1970.
149. Foulds GA, Bedford A. Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological medicine*. 1975 May;5(2):181-92.
150. Posey TB, Losh ME. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*. 1983;2.
151. Sackeim HA. The meaning of insight. In: Amador XF, David AS, editors. *Insight and Psychosis*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1998. p. 1-12.
152. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry research*. 2000 Dec 27;97(2-3):153-64.
153. Maier M, Mellers J, Toone B, Trimble M, Ron MA. Schizophrenia, temporal lobe epilepsy and psychosis: an in vivo magnetic resonance spectroscopy and imaging study of the hippocampus/amygdala complex. *Psychological medicine*. 2000 May;30(3):571-81.
154. Toone BK, Garralda ME, Ron MA. The psychoses of epilepsy and the functional psychoses: a clinical and phenomenological comparison. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1982 Sep;141:256-61.
155. Persinger MA, Healey F. Experimental facilitation of the sensed presence: possible intercalation between the hemispheres induced by complex magnetic fields. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 Aug;190(8):533-41.
156. Persinger MA, Makarec K. Temporal lobe epileptic signs and correlative behaviors displayed by normal populations. *The Journal of general psychology*. 1987 Apr;114(2):179-95.
157. López- Ilundain JM, Pérez-Nievas F, Otero M. Inventario de experiencias delirantes de Peters (PDI) en población general española: Fiabilidad interna,

estructura factorial y asociación con variables demográficas. . Actas Españolas Psiquiatría. 2006;34 84-104.

158. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*. 1985;6: 527-9.

159. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Sierra-Baigrie S, Villazón-García U. Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade. *Anales Psiquiatría*. 2010;26:41-8.

160. Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*. 1995;18:7-13.

161. Álvarez E. Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos. Correlatos cognitivos en la esquizotipia psicométrica. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2005.

162. Gutiérrez J, Barrantes-Vidal N, Obiols JE, Aguilar Á, Aguilar E, editors. Versión reducida del Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences. V Congreso de Evaluación Psicológica; 1999; Benalmádena (Málaga).

163. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. . Actas Luso-Esp NeurolPsiquiatr. 1994;4:44-50.

164. Vasquez GA. Validación de la brief psychiatric rating scale (bprs) en el Perú. *Revista de neuro-psiquiatría del Perú*. 2001;LXIV(3).

165. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Medicina clinica*. 2002 Apr 13;118(13):493-9.

166. Daza P, Novy DM, Stanley A, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002;24(3):195-205.

167. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005;17(4):679-83.
168. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
169. Sandin B, Chorot P, Valiente RM, Lostao L. Validación española del cuestionario de Preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2009;14(2):107-22.
170. Carvajal A, Centro C, Watson R, Martinez M, Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
171. Buéla-Casal G, Sierra JC, Carrero-Dios H, De los Santos-Roig M. Situación actual de la evaluación psicológica en lengua castellana. *Papeles del Psicólogo*. 2002;83:27-33.
172. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psicol*. 2005;5:521-55.
173. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales*. New York: Oxford University Press; 2003.
174. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Santarén-Rosell M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Psychometric properties of the Peters et al Delusions Inventory 21 in college students. *Comprehensive psychiatry*. 2012 8//;53(6):893-9.
175. Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, et al. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004 Oct;185:298-305.
176. Maric N, Krabbendam L, Vollebergh W, de Graaf R, van Os J. Sex differences in symptoms of psychosis in a non-selected, general population sample. *Schizophrenia research*. 2003 Sep 1;63(1-2):89-95.

177. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*. 2008;30:67-76.
178. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *The Medical journal of Australia*. 2009 Feb 16;190(4 Suppl):S7-9.
179. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*. 2005 May;2(5):e141.
180. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Sex differences in psychosis: normal or pathological? *Schizophrenia research*. 2003 Jul 1;62(1-2):45-9.
181. Bell V, Halligan PW, Pugh K, Freeman D. Correlates of perceptual distortions in clinical and non-clinical populations using the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): associations with anxiety and depression and a re-validation using a representative population sample. *Psychiatry research*. 2011 Oct 30;189(3):451-7.
182. Sierra-Siegert M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. In: Luque R, Villagran J, editors. *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias*. Madrid: Trotta; 2000. p. 249-64.
183. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003 May;182:428-33.
184. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004 Jan;39(1):9-18.
185. Cook CM, Persinger MA. Experimental induction of the "sensed presence" in normal subjects and an exceptional subject. *Perceptual and motor skills*. 1997 Oct;85(2):683-93.
186. Gloor P. Experiential phenomena of temporal lobe epilepsy. Facts and hypotheses. *Brain : a journal of neurology*. 1990 Dec;113 (Pt 6):1673-94.

187. Makarec K, Persinger MA. Temporal lobe signs: electroencephalographic validity and enhanced scores in special populations. Perceptual and motor skills. 1985 Jun;60(3):831-42.

188. Serper M, Dill CA, Chang N, Kot T, Elliot J. Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals. The Journal of nervous and mental disease. 2005 Apr;193(4):265-72.

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE PERCEPCIONES ANÓMALAS DE CARDIFF (CAPS)

Introducción

Las preguntas de este cuestionario se refieren a sensaciones y percepciones que quizá haya usted experimentado. Algunas de estas experiencias serán inusuales y otras cotidianas.

Comprendemos que señalar una respuesta con un círculo no siempre representa su experiencia con tanta exactitud como a usted le gustaría. No obstante, le pedimos que señale las respuestas que más se ajusten a su experiencia y que no descarte ninguna pregunta.

Le agradeceríamos que responda a las preguntas con la mayor sinceridad posible.

No nos interesan las experiencias ocurridas bajo la influencia de drogas.

Instrucciones

Cada unidad va precedida de una pregunta. Por favor, lea la pregunta y señale con un círculo SÍ o NO.

- Si señala **NO**, por favor continúe con la siguiente pregunta.
- Si señala **SÍ**, por favor valore la experiencia *en las escalas* del lado derecho señalando con un círculo un número del 1 al 5.

En estas escalas se le pregunta si la experiencia le perturbó, si le resultó invasiva (es decir, le distrajo o le impidió su actividad normal) y la frecuencia con que le ocurre.

Ejemplos

Usted no necesita responder a las siguientes, son ejemplos solamente.

¿Ha observado alguna vez que las luces parecen parpadear sin motivo?

<input checked="" type="radio"/> NO En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	SÍ	No me perturba nada 1 2 3 4 5 Es muy perturbador
		No es invasivo 1 2 3 4 5 Es muy invasivo
		No ocurre nunca 1 2 3 4 5 Ocurre siempre

¿Le ha parecido alguna vez oír el sonido de la radio o la televisión a un volumen inusualmente bajo?

NO <input checked="" type="radio"/> SÍ En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada 1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 Es muy perturbador
	No es invasivo 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 Es muy invasivo
	No ocurre nunca 1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 Ocurre siempre

1) ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					
1	2	3	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca					
1	2	3	4	5	Ocurre siempre

2) ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					
1	2	3	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca					
1	2	3	4	5	Ocurre siempre

3) ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					
1	2	3	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca					
1	2	3	4	5	Ocurre siempre

4) ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					
1	2	3	4	5	Es muy invasivo
No ocurre nunca					
1	2	3	4	5	Ocurre siempre

5) ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	2	3	4	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	3	4	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	2	3	4	Ocurre siempre

6) ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	2	3	4	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	3	4	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	2	3	4	Ocurre siempre

7) ¿Ha oído alguna vez sus pensamientos en voz alta dentro de su cabeza, de modo que alguien a su lado pudiera oírlos?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	2	3	4	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	3	4	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	2	3	4	Ocurre siempre

8) ¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no proceder de su alrededor?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada	1	2	3	4	Es muy perturbador
No es invasivo	1	2	3	4	Es muy invasivo
No ocurre nunca	1	2	3	4	Ocurre siempre

9) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

10) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus extremidades pudieran no ser suyas o no estar unidas a su cuerpo apropiadamente?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

11) ¿Ha oído alguna vez voces que comentan lo que está pensando o haciendo?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

12) ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

13) ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

14) ¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

15) ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

16) ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual?

NO SI

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

17) ¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada 1 2 3 4 5 Es muy perturbador
		No es invasivo 1 2 3 4 5 Es muy invasivo
		No ocurre nunca 1 2 3 4 5 Ocurre siempre

18) ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada 1 2 3 4 5 Es muy perturbador
		No es invasivo 1 2 3 4 5 Es muy invasivo
		No ocurre nunca 1 2 3 4 5 Ocurre siempre

19) ¿Le ha parecido alguna vez que el aspecto de las cosas o las personas cambia de un modo extraño, por ejemplo, con formas, tamaños o colores distorsionados?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada 1 2 3 4 5 Es muy perturbador
		No es invasivo 1 2 3 4 5 Es muy invasivo
		No ocurre nunca 1 2 3 4 5 Ocurre siempre

20) ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?

NO SI	En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha	No me perturba nada 1 2 3 4 5 Es muy perturbador
		No es invasivo 1 2 3 4 5 Es muy invasivo
		No ocurre nunca 1 2 3 4 5 Ocurre siempre

21) ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?

NO SI

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

22) ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?

NO SI

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

23) ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?

NO SI

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

24) ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?

NO SI

En caso de marcar SÍ,
por favor valore las escalas de la derecha

No me perturba nada					Es muy perturbador
1	2	3	4	5	
No es invasivo					Es muy invasivo
1	2	3	4	5	
No ocurre nunca					Ocurre siempre
1	2	3	4	5	

25) ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?

NO	SI					
		En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha				
		No me perturba nada				Es muy perturbador
		1	2	3	4	5
		No es invasivo				Es muy invasivo
		1	2	3	4	5
		No ocurre nunca				Ocurre siempre
		1	2	3	4	5

26) ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan anormales?

NO	SI					
		En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha				
		No me perturba nada				Es muy perturbador
		1	2	3	4	5
		No es invasivo				Es muy invasivo
		1	2	3	4	5
		No ocurre nunca				Ocurre siempre
		1	2	3	4	5

27) ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?

NO	SI					
		En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha				
		No me perturba nada				Es muy perturbador
		1	2	3	4	5
		No es invasivo				Es muy invasivo
		1	2	3	4	5
		No ocurre nunca				Ocurre siempre
		1	2	3	4	5

28) ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables hablando entre sí?

NO	SI					
		En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha				
		No me perturba nada				Es muy perturbador
		1	2	3	4	5
		No es invasivo				Es muy invasivo
		1	2	3	4	5
		No ocurre nunca				Ocurre siempre
		1	2	3	4	5

29) ¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?

NO SI	↙ ↔ ↘	No me perturba nada	1	2	3	4	5	Es muy perturbador
		No es invasivo	1	2	3	4	5	Es muy invasivo
		No ocurre nunca	1	2	3	4	5	Ocurre siempre

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

30) ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?

NO SI	↙ ↔ ↘	No me perturba nada	1	2	3	4	5	Es muy perturbador
		No es invasivo	1	2	3	4	5	Es muy invasivo
		No ocurre nunca	1	2	3	4	5	Ocurre siempre

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

31) ¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden ver?

NO SI	↙ ↔ ↘	No me perturba nada	1	2	3	4	5	Es muy perturbador
		No es invasivo	1	2	3	4	5	Es muy invasivo
		No ocurre nunca	1	2	3	4	5	Ocurre siempre

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

32) ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?

NO SI	↙ ↔ ↘	No me perturba nada	1	2	3	4	5	Es muy perturbador
		No es invasivo	1	2	3	4	5	Es muy invasivo
		No ocurre nunca	1	2	3	4	5	Ocurre siempre

En caso de marcar SÍ, por favor valore las escalas de la derecha

ANEXO 2. ESCALA REVISADA DE ALUCINACIONES DE LAUNAY-SLADE

Puntúe cada uno de los siguientes ítems en función de si pueden aplicarse a usted o no.

-
1. Ciertamente no se aplica a ti.
 2. Posiblemente no se aplica a ti
 3. Posiblemente se aplica a ti.
 4. Ciertamente se aplica a ti.
-
1. Por mucho que intente concentrarme, siempre irrumpen en mi mente pensamientos que no guardan relación con lo que hago.
 2. Cuando sueño despierto puedo oír el sonido de una melodía casi con la misma claridad que si la estuviera escuchando realmente.
 3. A veces mis pensamientos parecen tan reales como las cosas que me ocurren de verdad
 4. A veces un pensamiento pasajero parece tan real que me asusta.
 5. Los sonidos que oigo en mis ensoñaciones parecen tan reales que a veces pienso que existen.
 6. Las personas que aparecen en mis ensoñaciones parecen tan reales que a veces pienso que existen.
 7. A menudo oigo una voz que dice mis pensamientos en voz alta.
 8. En el pasado, he tenido la experiencia de oír la voz de una persona y luego me he dado cuenta de que no había nadie allí.
 9. En ocasiones, he visto el rostro de una persona delante de mí cuando en realidad allí no había nadie.
 10. He oído la voz del diablo
 11. En el pasado he oído la voz de Dios dirigiéndose a mí.
 12. He estado preocupado por oír voces en mi cabeza.
-

(Tomado de Fonseca-Pedrero, 2010)

ANEXO 3. INVENTARIO DE IDEAS DELIRANTES DE PETERS

Este cuestionario ha sido diseñado para medir la frecuencia de determinadas ideas y fenómenos psíquicos que la mayor parte de la gente ha experimentado en algún momento de su vida. Le pedimos su colaboración para un estudio mediante el cual queremos valorar la frecuencia y las características de estos fenómenos en nuestro medio. Puede comprobar que el cuestionario es totalmente confidencial y que los resultados serán únicamente empleados con fines científicos. Si usted, voluntariamente, está dispuesto a colaborar conteste por favor a las siguientes preguntas del modo más sincero posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas trampa. Tenga en cuenta que no estamos interesados en las experiencias que se hayan sentido bajo la influencia de las drogas.

ES IMPORTANTE QUE USTED CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Cuando usted conteste NO a una pregunta, por favor pase directamente a la siguiente pregunta.

Cuando usted conteste SÍ a una pregunta, estaremos interesados en: a) cuánto le inquietan o molestan estas creencias o experiencias; b) cuánto piensa en ellas; y c) en qué medida piensa usted que estas creencias o experiencias son ciertas. Al final de cada pregunta usted podrá puntuar estos tres aspectos entre 1 y 5 según su intensidad.

Por ejemplo:

- Si usted contesta que SÍ a una pregunta y se trata de una creencia que le preocupa muchísimo tendrá que rodear la cifra 5 en el lugar adecuado:

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

- Si usted contesta que SÍ a una pregunta y se trata de una creencia en la que no piensa casi nunca tendrá que rodear la cifra 1 en el lugar adecuado:

Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
---------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------

- Su respuesta también podrá ser intermedia, para lo cual podrá contestar 2, 3 o 4 en el lugar adecuado; por ejemplo, si ha contestado que SÍ a una pregunta pero duda sobre la certeza de la creencia o experiencia a la que se refiere esa pregunta:

No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto
------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------------

DATOS PERSONALES

Sexo: Varón Edad Fecha / /

Mujer

Nivel educativo (crucear la correcta): Estudios primarios incompletos Estudios primarios completos
 Formación profesional Bachillerato
 Diplomatura universitaria Licenciatura universitaria

Edad a la que dejó de estudiar

1. ¿Tiene alguna vez la sensación de que la gente insinúa cosas sobre usted o le dicen cosas con un doble sentido?
NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

2. ¿Tiene alguna vez la sensación de que hay cosas que aparecen en la televisión o en el periódico dirigidas especialmente para usted?
NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

3. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunas personas no son realmente las que aparentan ser?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

4. ¿Tiene alguna vez la sensación de que está siendo perseguido de algún modo?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

5. ¿Tiene alguna vez la sensación de que existe una conspiración contra usted?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

6. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy importante o de estar destinado a serlo?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

7. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser una persona muy especial, fuera de lo común?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

8. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted está especialmente cerca de Dios?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado No => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

9. ¿Ha llegado usted a pensar que la gente se puede comunicar por telepatía?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

10. ¿Tiene alguna vez la sensación de que algunos aparatos eléctricos, como los ordenadores, pueden influenciar a distancia su forma de pensar?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

11. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha sido, de algún modo, elegido por Dios?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

12. ¿Cree usted en el poder de la brujería, del vudú y de las fuerzas ocultas?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

13. ¿Está usted a menudo preocupado porque su pareja le pueda ser infiel?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

14. ¿Tiene alguna vez la sensación de que usted ha cometido más pecados que la mayoría de la gente?

NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta

Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

15. ¿Tiene alguna vez la sensación de que la gente le mira de forma extraña por su aspecto o apariencia?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

16. ¿Tiene alguna vez la sensación de que no tiene ningún pensamiento en su cabeza?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

17. ¿Tiene alguna vez la sensación de que el mundo está a punto de terminar?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

18. ¿Tiene alguna vez la sensación de tener pensamientos en su cabeza que usted no reconoce como propios?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

19. ¿Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensos e intrusivos que le ha llegado a preocupar el que otras personas los pudieran oír?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

20. ¿Tiene alguna vez la sensación de oír sus propios pensamientos repetidos como por un eco?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

21. ¿Tiene alguna vez la sensación de ser como un robot o un zombi, como si su cuerpo no obedeciera a su propia voluntad?
 NO SÍ (marque la respuesta adecuada)

Si ha contestado NO => pase a la siguiente pregunta
 Si ha contestado SÍ => rodee las cifras que mejor describan cómo se siente

No me inquieta en absoluto	1	2	3	4	5	Me inquieta muchísimo
Casi nunca pienso en ello	1	2	3	4	5	Pienso en ello continuamente
No creo que sea cierto	1	2	3	4	5	Creo que es totalmente cierto

Muchas gracias por su colaboración. Por favor, tras comprobar que ha contestado a TODAS las preguntas entregue el cuestionario a la persona que se lo ha facilitado o envíelo por correo con el sobre que se le ha proporcionado

(Tomado de López-Ilundain, 2006)

ANEXO 4. INVENTARIO REDUCIDO DE OXFORD-LIVERPOOL DE SENTIMIENTOS Y EXPERIENCIAS (O-LIFE-R)

Por favor, lea las instrucciones antes de continuar:

Este cuestionario contiene preguntas sobre sus pensamientos, sentimientos, experiencias y preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le rogamos sinceridad al contestar.

Indique en la hoja de respuestas la fecha, su edad y el sexo. Si no tiene inconveniente puede también anotar su nombre y su teléfono o dirección de correo electrónico, lo cual nos permitirá contactar con usted si en el futuro fuera posible ampliar esta investigación. Su total anonimato está en cualquier caso garantizado.

Para responder a cada pregunta rodee con un círculo el SI o el NO en la hoja de respuestas.

Es mejor que no pase mucho tiempo pensando en la respuesta que va a dar a cada pregunta.

(Tomado de Álvarez, 2005)

1. ¿A menudo se encuentra indeciso cuando va a decir algo ante un grupo de personas a quienes, más o menos, conoce?
2. ¿Se pasa a menudo con el alcohol o la comida?
3. ¿Siempre le ha parecido aburrido bailar o la idea de hacerlo?
4. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?
5. ¿Siente a veces el impulso de hacer algo perjudicial o chocante?
6. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?
7. ¿Sus pensamientos son a veces tan fuertes que casi puede oírlos?
8. ¿Tomaría drogas que tuvieran efectos extraños o peligrosos?
9. ¿Cree que podría aprender a leer la mente de otras personas, si quisiera?
10. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra defectos a usted o a su trabajo?
11. ¿Reflexiona antes de hacer las cosas?
12. ¿Es usted demasiado independiente para involucrarse realmente con otras personas?
13. ¿Pierde fácilmente el coraje cuando es criticado o fracasa en algo?
14. ¿Algunas personas pueden hacer que piense en ellas, con sólo pensar en usted?
15. ¿Algunas veces sus pensamientos parecen tan reales que le asustan?
16. ¿Ha culpado alguna vez a otra persona por algo que usted haya hecho?
17. ¿Es usted una persona cuyo estado de ánimo sube y baja fácilmente?
18. ¿Está a veces tan nervioso que se queda “bloqueado”?
19. ¿Siente miedo cuando ha de entrar solo en un lugar donde otras personas ya se encuentran reunidas y hablando?
20. ¿Algunas veces siente que las cosas que le ocurren son provocadas por fuerzas misteriosas?
21. ¿Le gusta mezclarse con la gente?
22. ¿Tiene muchos amigos?
23. Cuando se ha mirado en un espejo, ¿ha sentido alguna vez que su cara parecía diferente?
24. ¿Prefiere ver la televisión que salir con otras personas?
25. ¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que ocurriera algo, simplemente pensando mucho en ello?
26. ¿Se siente fácilmente confundido si pasan muchas cosas al mismo tiempo?
27. ¿Cree usted que sus relaciones con otras personas nunca llegan a ser demasiado intensas?
28. ¿Se preocupa durante demasiado tiempo tras una experiencia embarazosa?
29. ¿Se ha aprovechado alguna vez de alguien?
30. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?
31. ¿En alguna ocasión se ha sentido como si su cuerpo no existiera?
32. ¿Le divierte cantar con otras personas?
33. ¿Sabe relajarse y disfrutar en una fiesta?
34. ¿Algunas veces habla sobre cosas de las que no sabe nada?
35. ¿Algunas veces ha notado una presencia maligna a su alrededor aunque no pudiera verla?
36. ¿Le cuesta tomar decisiones?
37. ¿A menudo hace lo contrario de lo que otras personas sugieren, aún sabiendo que tienen razón?
38. ¿Le gusta mucho salir?
39. ¿Se siente estrechamente vinculado a sus amistades?
40. ¿Alguna vez tiene la seguridad de que algo va a ocurrir, aunque no parezca haber ningún motivo para creerlo?

HOJA DE RESPUESTAS O-LIFE-R

Fecha de realización:

Edad: Sexo (V: varón, M: mujer):

Nombre y apellidos:

Teléfono y correo electrónico:

- | | | | |
|--------|----|--------|----|
| 1. SÍ | NO | 21. SÍ | NO |
| 2. SÍ | NO | 22. SÍ | NO |
| 3. SÍ | NO | 23. SÍ | NO |
| 4. SÍ | NO | 24. SÍ | NO |
| 5. SÍ | NO | 25. SÍ | NO |
| 6. SÍ | NO | 26. SÍ | NO |
| 7. SÍ | NO | 27. SÍ | NO |
| 8. SÍ | NO | 28. SÍ | NO |
| 9. SÍ | NO | 29. SÍ | NO |
| 10. SÍ | NO | 30. SÍ | NO |
| 11. SÍ | NO | 31. SÍ | NO |
| 12. SÍ | NO | 32. SÍ | NO |
| 13. SÍ | NO | 33. SÍ | NO |
| 14. SÍ | NO | 34. SÍ | NO |
| 15. SÍ | NO | 35. SÍ | NO |
| 16. SÍ | NO | 36. SÍ | NO |
| 17. SÍ | NO | 37. SÍ | NO |
| 18. SÍ | NO | 38. SÍ | NO |
| 19. SÍ | NO | 39. SÍ | NO |
| 20. SÍ | NO | 40. SÍ | NO |

ANEXO 5. ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS)

1. Preocupación somática	0	1	2	3	4
2. Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3. Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7. Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9. Humor depresivo	0	1	2	3	4
10. Hostilidad	0	1	2	3	4
11. Susplicia	0	1	2	3	4
12. Alucinaciones	0	1	2	3	4
13. Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15. Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16. Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18. Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

(Tomado de Bobes, 2003)

ANEXO 6. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems: 0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante).

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					

ANEXO 7: ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Piense en cuando comenzó a encontrarse mal y responda:

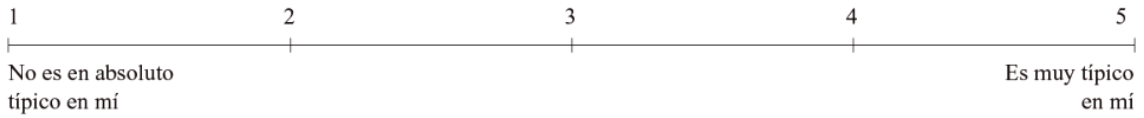
0: No me ocurre; 1: A veces me ocurre; 2: Bastantes veces me ocurre; 3: Casi siempre me ocurre

	0	1	2	3
1.Me costaba mucho relajarme				
2.Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3.No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4.Se me hacía difícil respirar				
5.Se me hacía difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas				
6.Reaccionaba exageradamente en ciertas situaciones				
7.Sentía que mis manos temblaban				
8.Sentía que tenía muchos nervios				
9.Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico				
10.Sentía que no tenía nada porqué vivir				
11.Notaba que me agitaba				
12.Se me hacía difícil relajarme				
13.Me sentía triste y deprimido				
14.No toleraba nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15.Sentía que estaba al punto del pánico				
16.No me podía entusiasmar por nada				
17.Sentía que valía muy poco como persona				
18.Sentía que estaba muy irritable				
19.Sentía los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20.Tuve miedo sin razón				
21.Sentía que mi vida no tenía ningún sentido				

(Tomado de Bados, 2005)

ANEXO 8. CUESTIONARIO DE PREOCUPACIÓN (PSWQ-11)

A continuación encontrará una lista de 16 enunciados relacionados con formas de sentir que tiene la gente. Lea detenidamente cada uno de ellos y, **aplicándolo a usted**, conteste rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su forma de sentir habitual. Tenga en cuenta que existe un rango posible de respuesta que oscila entre **1** y **5**, es decir:



Así por ejemplo, si estima que lo que dice un enunciado no es nada típico en Vd., debería rodear el número **1**; pero si cree que es poco típico en usted., entonces debe rodear el número **2**; si considera que es relativamente típico en usted. deberá rodear el número **3**; si es bastante típico, marque el número **4**; finalmente, si es muy típico en usted. rodee el número **5**. No piense demasiado cada frase. Conteste lo que a primera vista crea que es lo que mejor le define.

1. Cuando no dispongo de tiempo suficiente para hacer todo lo que tengo que hacer, no me preocupo por ello	1	2	3	4	5
2. Me agobian mis preocupaciones	1	2	3	4	5
3. No suelo preocuparme por las cosas	1	2	3	4	5
4. Son muchas las circunstancias que hacen que me sienta preocupado/a	1	2	3	4	5
5. Sé que no debería estar tan preocupado/a por las cosas, pero no puedo hacer nada por evitarlo	1	2	3	4	5
6. Cuando estoy bajo estados de tensión tiendo a preocuparme muchísimo	1	2	3	4	5
7. Siempre estoy preocupado/a por algo	1	2	3	4	5
8. Me resulta fácil eliminar mis pensamientos de preocupación	1	2	3	4	5
9. Tan pronto como termino una tarea, enseguida empiezo a preocuparme sobre alguna otra cosa que debo hacer	1	2	3	4	5
10. Nunca suelo estar preocupado/a	1	2	3	4	5
11. Cuando no puedo hacer nada más sobre algún asunto, no vuelvo a preocuparme más de él	1	2	3	4	5
12. Toda mi vida he sido una persona muy preocupada	1	2	3	4	5
13. Soy consciente de que me he preocupado excesivamente por las cosas	1	2	3	4	5
14. Una vez que comienzan mis preocupaciones no puedo detenerlas	1	2	3	4	5
15. Estoy preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún proyecto no dejo de preocuparme hasta haberlo efectuado	1	2	3	4	5

Nota. Clave de corrección: Se obtiene una puntuación total de preocupación sumando las puntuaciones de todos los ítems; los ítems 1, 3, 8, 10 y 11 están formulados de forma inversa y por tanto debe invertirse la puntuación (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 y 5 = 1). Adaptación española de la versión original de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990). Reproducido con permiso de Sandín, y Chorot (1995, p. 97).

(Tomado de Sadín, 2009)

