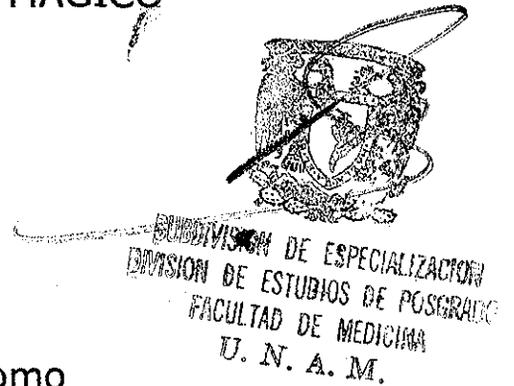


11241

9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO
ALVAREZ"

ESTUDIO COMPARATIVO FAMILIAR DEL PENSAMIENTO
REFERENCIAL Y PENSAMIENTO MÁGICO



TESIS

Para obtener el diploma como
ESPECIALÍSTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL

Presenta:

DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL

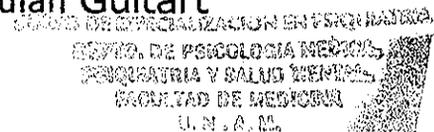
TUTORES

Dr. Humberto Nicolini Sánchez

Metodológico

Dr. Rogelio Apiquian Guitart

Teórico



2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTUDIO COMPARATIVO FAMILIAR DEL PENSAMIENTO REFERENCIAL Y PENSAMIENTO MÁGICO

INDICE

Capítulo I. INTRODUCCIÓN	
1.1.Marco teórico	1
Capítulo II. DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTO REFERENCIAL E IDEACIÓN MÁGICA	
2.1.Escala de Pensamiento Referencial	11
2.2.Escala de Ideación Mágica	15
Capítulo III. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	
3.1.Justificación	18
3.2.Objetivos	19
3.3.Metodología	20
Capítulo IV.RESULTADOS	22
Capítulo V.DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	
5.1.Discusión	26
5.2.Conclusión	29
ANEXO	31
BIBLIOGRAFÍA	32

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.MARCO TEÓRICO

La relación entre personalidad premórbida y esquizofrenia a sido estudiada desde principios de siglo. Algunos autores proponen que la esquizofrenia es producida por empeoramiento de rasgos esquizoides previamente presentes.

Minkowski se refirió a los factores predisponentes para psicosis de la siguiente manera: "la noción de esquizofrenia como enfermedad mental tiende ahora a fragmentarse en dos factores de orden diferente: primero la esquizoidia, factor constitucional, específico por excelencia más o menos invariable por sí mismo a lo largo de la vida individual; segundo es un factor nocivo, de naturaleza evolutiva susceptible de determinar un proceso mórbido mental. Por sí mismo este factor no tiene un matiz bien definido, es de naturaleza más indiferente, y el cuadro resultante dependerá, ante todo, del terreno en el que actúe. Aunado a la esquizoidia la transformará en proceso mórbido específico, en esquizofrenia que evolucionará y llevará, a final de cuentas, a un estado deficitario, característico de esta afección (Minkowski 1927).

Meehl en 1962 propuso el concepto de *esquizotipia* para referirse a individuos con vulnerabilidad o con funcionamiento psicológico aberrante que los haga propensos a psicosis. Para explicar el

proceso formo una estructura teórica que considera que existe un esquizogen autosómico dominante con penetrancia completa para un endofenotipo que provoca alteraciones en las conexiones sinápticas específicas (*hipokrasia*). Esto origina un defecto en la integración de la información del sistema nervioso central que se caracterizará funcionalmente por defectos psicofisiológicos, signos neurológicos blandos y alteraciones paramétricas en la adquisición y activación de funciones del psiquismo molar (cognitivo, perceptual semántico, motivacional y afectivo). Esta disposición combinada con reforzadores de tipo social da como resultado la estructura de personalidad esquizotípica (Meehl 1989).

Menciona como características de esta personalidad ambivalencia, dereísmo, autismo, alineación interpersonal, deslizamiento cognitivo (equivalente a lo que Bleuler llamó "pérdida de las asociaciones"), miedo social y anhedonia. Rado propone el concepto de *esquizotipo* que no es diferente de la categoría de esquizofrenia. Considerando que la esquizofrenia es una descompensación del esquizotipo o desintegración de mecanismos psiconeuróticos que a lo largo del tiempo se deterioran (Meehl 1989).

Parnas y Bovet (1993), mencionan que ciertos rasgos están presentes antes del desarrollo del trastorno psicótico, en sus estudios han encontrado que dificultades en las relaciones interpersonales, ansiedad, fobias, aplanamiento afectivo, falta de rapport emocional, excentricidad y alteraciones en el pensamiento formal están presentes en sujetos con alto riesgo de esquizofrenia.

Lenzenweger considera que el estudio de la esquizotipia se basa en cuatro principios empíricos: Primero, la psicopatología de esquizotipia esta enlazada presumiblemente via genética a esquizofrenia, por ende, los límites de esquizofrenia se extienden más allá de la psicosis, así la propensión es parte del proceso que se expresa en psicosis. Segundo, la existencia de labilidad no expresada en esquizofrenia ha sido confirmada, así la propensión puede existir sin marcadas manifestaciones fenotípicas. Tercero, marcadores como la disfunción de movimientos lentos de rastreo ocular es conocida como una asociación latente de diátesis para la enfermedad. Cuarto, si el índice de esquizotipia es del 10% de acuerdo a Meehl, quizás más del 50% de individuos con riesgo de esquizofrenia no son detectados a lo largo de su vida. El mismo autor menciona que solo 10% de adultos que sufren esquizofrenia tiene un pariente afectado y la vasta mayoría (90%) de quienes padecen esquizofrenia no tiene labilidad expresada en sus parientes (Lenzenweger 1994).

De los estudios de genética el datos más concluyente hasta el momento es que si alguien tiene un familiar de primer grado con la enfermedad las probabilidades de que padezca esquizofrenia son de 3-8% a lo largo de su vida (Nicolini 1999).

Este último aspecto es una limitante importante para la genética tradicional. Por ello existe como alternativa la aproximación psicométrica dimensional que determina los factores de riesgo asociados con la patología de esquizofrenia. Además permite

establecer la labilidad y prevalencia de esquizotipia en hospitales y en la población general a través de métodos epidemiológicos tradicionales con muestras amplias de población y localizar individuos con propensión a esquizofrenia.

Se conocen 19 reportes de escalas de esquizotipia, Bentall en 1989 puntualizó que estas están desarrolladas en base a diferentes perspectivas: a) orientación sintomática, b) orientación sindromática c) orientadas a la personalidad. Todos los autores hablan de escalas dimensionales.

Escalas con orientación sintomática: Experimental Word Inventory desarrollado por El-Meligi y Osmond (1970); Chapman y cols desarrollaron escalas basándose en el manual de Meehl de esquizotipia entre ellas se encuentran la Escala de Anhedonia Social (SA), Escala de Anhedonia Física (PhA) (1976), Escala de Ideación Mágica (1983), Escala de Inconformidad Impulsiva (1984); Launay y Slade crearon la Escala de Alucinaciones (1981); Rust desarrollo su Inventario de Cogniciones Esquizotípicas (RISC).

Escalas creadas con Orientación Sindromática: Escala de Personalidad Esquizotípica (STA) basada en DSM-III Claridge y Broks (1984); Reine (1991) baso su Cuestionario de Personalidad Esquizotípica en DSM-III-R. Eysenck y Eysenck (1975) crearon su Cuestionario de Personalidad. Eysenck (EPQ) en base a su teoría que considera tres factores básicos de personalidad: Neuroticismo, Extroversión y Psicoticismo, este último como factor de diátesis para psicosis; La Unfriendly World Scale (1978) se basa en la subescala de EPQ'sP. Las orientadas a la personalidad tienen como base las subescalas 2-7-8 del MMPI.

Vollema y van den Bosch en su análisis factorial de escalas de esquizotipia consideran que existen cuatro factores: Esquizotipia positiva que se refiere experiencias perceptuales y cognitivas similares a las psicóticas. Esquizotipia negativa que evalúa anhedonia e introversión/extroversión. Inconformidad se refiere a rasgos impulsivos de personalidad e ideas poco convencionales, parte central de este factor es el psicotismo. El cuarto factor llamado Ansiedad social/Desorganización cognitiva se refiere a aspectos de ansiedad social y problemas de atención, incluye aspectos de ideación paranoide y otros factores relacionados a neurotismo (Vollema y van den Bosch 1995).

Clasificar de esta manera los síntomas ha permitido establecer que los rasgos de esquizotipia son un continuo con los síntomas de psicosis, asumiendo así, que las escalas de esquizotipia reflejan la predisposición para esquizofrenia. Se han realizado varios estudios para clasificar la esquizotipia y la viabilidad de usar estas escalas para detectar en población general el índice de esquizotipia (Lenzenweger 1990, 1992, 1995, 1999, Tyrka y Cannon 1995).

Chapman y Chapman (1987) siguieron a 162 estudiantes durante 25 meses y de los sujetos con puntaje alto para esquizotipia positiva, 12 desarrollaron síntomas psicóticos. En este estudio Chapman aplicó su escala de Aberración Perceptual que mide distorsiones de la percepción e imagen corporal desarrollada en base a la teoría de Meehl y Rado que consideraban estas distorsiones como manifestaciones fenomenológicas de labilidad a

esquizofrenia (Chapman 1978). Esta escala también se ha usado para evaluar el riesgo mórbido de esquizofrenia en parientes biológicos de primer grado. Lenzenweger y Loranger (1989) evaluaron el riesgo de presentar esquizofrenia, depresión unipolar o trastorno bipolar en parientes de primer grado de 101 pacientes no psicóticos (probandos) quienes fueron clasificados como esquizotipia positivos y esquizotipia negativos de acuerdo a la escala de Aberración Perceptual, se observó que los parientes de probandos esquizotipia positivos estuvieron significativamente más propensos a esquizofrenia que los parientes de probandos catalogados como esquizotipia negativos.

Otro estudio de Peralta (1991) encontró que los pacientes esquizofrénicos con más síntomas negativos tenían rasgos premórbidos esquizoides sugiriendo que los rasgos esquizoides se exacerbaban como síntomas negativos con la psicosis.

Kendler (1991), realizó un estudio para evaluar los rasgos de esquizotipia en gemelos, a través de una entrevista estructurada, cuestionarios autoaplicables, batería para evaluación de atención y movimientos lentos de rastreo ocular. Encontró que los síntomas positivos de esquizotipia tuvieron alta correlación con los rasgos positivos de esquizotipia pero no con la disfunción en la atención o error de localización ocular; en contraste los síntomas negativos de esquizotipia fueron significativamente correlacionados con anhedonia, disfunción en la atención y error de localización ocular. Concluyendo que la existencia de correlación entre gemelos

monocigotos y dicigotos sugiere que hay factores genéticos que influyen en los cuatro dominios de esquizotipia.

Franke y cols (1994), realizaron un estudio donde también evalúan la atención comparada con sujetos normales, encontraron que los pacientes esquizofrénicos y sus hermanos tenían peor funcionamiento en atención que los sujetos normales, en la prueba de distracción no encontraron diferencias significativas entre los controles y los hermanos de esquizofrénicos concluyendo que la disfunción en distraibilidad es un marcador de vulnerabilidad para esta enfermedad. En la evaluación clínica los hermanos tenían más anhedonia que los controles pero no hubo diferencias en la aberración perceptual, situación contraria a lo esperado, concluyen que la evaluación psicométrica de propensión a psicosis y la detección de déficits neuropsicológicos pueden evaluar fuentes diferentes de vulnerabilidad.

Grove y Cerri (1991), en su estudio de coagregación familiar de indicadores de esquizotipia midiendo personalidad y esquizotipia (PAS); no detectaron diferencias significativas entre parientes de esquizofrénicos y controles en la escala de aberración perceptual esto lo atribuyeron a que al saberse estudiados de psicosis los parientes de pacientes pueden no revelar ciertos datos de su psicopatología. Kwapil (1998) confirma que la escala de anhedonia social e ideación mágica identifican individuos con riesgo específico para presentar en el futuro trastornos del espectro de esquizofrenia.

En otro estudio Chen (1997), aplico la escala de aberración perceptual y el cuestionario de personalidad esquizotípica a población taiwanesa, incluyendo adolescentes y adultos, concluye que la aplicación de estos instrumentos es viable para la detección de esquizotipia en diferentes grupos culturales.

La evaluación neuropsicológica con Wisconsin Card Sorting Test (WCST) en varios estudios ha demostrado que existe disfunción cognitiva en sujetos con esquizotipia. Lyons y Merla (1991), lo confirmaron, Lenzenweger y Korfine (1994), compararon sujetos esquizotípicos y normales, aplicaron WCST y PAS, sujetos con altos puntajes en PAS tuvieron peor funcionamiento en WCST, concluyen que déficits en el funcionamiento en WCST hipotetiza riesgo de psicosis, por lo tanto, refleja disfunción del cortex dorsolateral prefrontal.

También se han reportado asimetrías cognitivas en sujetos esquizotípicos. Gruzelier y Burgess (1995), mencionan que existen tres síndromes asociados a asimetrías hemisféricas. El síndrome Activo que se relaciona con delirios, labilidad afectiva y actividad motora y cognitiva aumentada ligeramente. El síndrome de Aislamiento que se caracteriza por embotamiento afectivo, aislamiento social y emocional, pobreza en el lenguaje retardo motor, con el primero se asocia el hemisferio izquierdo y con el segundo el derecho. El tercer síndrome no se asocia con lateralidad y coexisten los dos primeros con notables síntomas de Schneider. Los mismos autores reportan que existe la misma lateralidad en

sujetos con personalidad esquizotípica y lo proponen como evidencia de predisposición a esquizofrenia.

Poreh (1994), estudió el reconocimiento facial en estudiantes catalogados como esquizotípicos, e hipotetizaron que tendrían disfunción en reconocimiento de rostros, que ya se ha reportado como alteración en el hemisferio izquierdo de pacientes esquizofrénicos, encontraron que los sujetos estudiados tuvieron más dificultades en el procesamiento de información durante el reconocimiento de rostros que los controles.

Existe evidencia de que en sujetos esquizofrénicos y en sus familias hay alteraciones sutiles en las características del lenguaje, función cognitiva y personalidad. Docherty (1998) ha estudiado las alteraciones en la comunicación en familias de pacientes esquizofrénicos, la llamó comunicación referencial, se refieren a ambigüedades, ausencias, y poca claridad en el lenguaje. Este autor formó el Índice de trastornos de la comunicación (CDI), utilizando este instrumento, evaluó alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación en familias de pacientes esquizofrénicos, las comparó con un grupo de familias de pacientes no psicóticos y un grupo control, encontró alta frecuencia de manifestaciones referenciales en familias de esquizofrénicos, sugiriendo que existe labilidad genética para estas alteraciones.

Abe y Suzuki (1986) reportan que existen ideas de referencia durante el desarrollo normal del individuo teniendo su máxima

expresión en la adolescencia disminuyendo con la madurez del sujeto. Por lo tanto dentro de los procesos psicológicos debe existir un continuo entre lo normal y lo patológico.

Existen datos que demuestran la existencia de labilidad o propensión a la psicosis en ciertos individuos con mediciones altas en escalas de esquizotipia. Así como alteraciones neuropsicológicas que si bien no son específicas si apoyan el constructo esquizotipia. No se encontraron referencias donde se evalúe el pensamiento referencial y pensamiento mágico de manera simultánea. Creemos que ambos componentes se relacionan con el factor positivo de esquizotipia, que ya se ha descrito, por ende, su evaluación conjunta añadirá nueva evidencia de que existe una base genética susceptible de ser detectada en sujetos con propensión a psicosis. Asumiendo de antemano que los familiares serían los más lábiles.

CAPITULO II

DESARROLLO DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTO REFERENCIAL E IDEACIÓN MÁGICA

2.1. ESCALA DE PENSAMIENTO REFERENCIAL

El DSM IV define idea de referencia como "sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante".

Lensenweger y Bennett (1997) en base a esta definición y en la teoría de Meehl de esquizotipia crearon la Escala de Pensamiento Refencial. Se propusieron desarrollar este instrumento por que no existia hasta ese momento ningun medio para evaluar las ideas de referencia. La Entrevista de Examinación de Trastornos de Personalidad del eje II, solo considera un item en relación a las ideas de referencia. La Entrevista Estructurada para Esquizotipia desarrollada por Kendler no sondea las ideas de culpa o referencia El Cuestionario de Personalidad de Esquizotipica de Reine (1991), la Escala de Aberración Perseptual de Chapman y Chapman (1978) y la escala de ideación Mágica de Eckblad y Chapman (1983) no incluyen ideas de referencia. Por tanto no habian antecedentes que

evaluaran en específico este aspecto de la psicopatología. El Autor señala que sólo se incluyen ideas de referencia no psicóticas, quedando fuera de la escala la evaluación de delirios de referencia que están dentro del fenómeno psicótico.

Durante el desarrollo de la Escala de Pensamiento Referencial llevaron a cabo seis estudios para determinar las características psicométricas de la misma.

Estudio 1: Se desarrollaron los ítems en base a definiciones clásicas y recientes de la Asociación Psiquiátrica Americana, los 60 ítems iniciales se crearon en base al sistema de Jackson para la construcción de escalas de personalidad. 268 estudiantes de la Universidad de Cornell contestaron los 60 ítems iniciales y al azar la Escala de Consentimiento y la Escala de Conveniencia ambas derivadas del MMPI. La primera consiste en afirmaciones medianamente pausibles (tales como "la pintura más gruesa dura más"), ninguna de las cuales se refiere a psicopatología (Bill, 1978). La escala de conveniencia fue la misma de Crowne y Marlowe (1964). En esta primera etapa se eliminaron los ítems: a) que tuvieron baja correlación con el total de ítems, b) Correlación mayor .25 con la Escala de Consentimiento, c) Correlación mayor -.25 con la Escala de Conveniencia, d) Aquellos con significativa relación con el sexo. La consistencia interna fue de .85. Con error estándar de 2.59. Después de este proceso se escogieron 34 ítems para la versión final.

Estudio 2: Se confirmó la consistencia interna de .80. La asociación con la Escalas de Consentimiento y Conveniencia permaneció baja. Ningún ítem se asoció al sexo significativamente (no $p < .05$).

Estudio 3: Se buscó confirmar la estabilidad de las características psicométricas. Nuevamente la consistencia interna fue alta y no hubo asociación con el sexo. Concluyendo que el instrumento es relativamente estable.

Estudio 4: Test -retest, se obtuvo correlación de .86. En el tiempo 1 fue de 5.22 (SD=4.83), en el tiempo 2, 4.73 (SD=5.44). La correlación de Test-retest indica que la Escala de Pensamiento Referencial tiene una aceptable estabilidad en el tiempo.

Estudio 5: La parte central de este estudio fue establecer la validez concurrente entre la Escala de Pensamiento Referencial y otros instrumentos que evalúan el fenómeno de esquizotipia, tales como, Escala de Aberración Perceptual, Escala de Ideación Mágica, Escala de Esquizofrenia Paranoide de Rosen (1952). Y su Correlación con la medición de Conciencia Normal y mediciones para ansiedad y depresión. Se predijo asociación estrecha con escalas de esquizotipia (validez convergente) y considerable menos correlación con Conciencia y escalas de ansiedad y depresión (validez discriminativa). Se obtuvo que Escala de Pensamiento Referencial se asoció a mediciones de esquizotipia $r = .61$, Menos extensa fue la relación con depresión y ansiedad $r = .43$. La asociación entre Escala de Pensamiento Referencial y Conciencia Normal fue baja

con rangos entre .08 y -.17. Los autores consideran que la relación con las dimensiones de ansiedad y depresión no es por completo inesperada por que otras mediciones de esquizotipia (verbigracia Escala de Aberración Perceptual y Escala de Ideación Mágica) se sabe se han asociado a con ambas dimensiones. Esta relación la considera Consistente con la teoría de Meehl, este autor propuso que el esquizotipo es ansioso y anhedónico.

Estudio 6: Basicamente se confirmo lo obtenido en el estudio 5, la consistencia interna fue alta y la relación estrecha con el factor de esquizotipia se mantuvo.

Los investigadores también realizaron un Análisis factorial de la Escala de Pensamiento Refereencial, con una muestra del total de sujetos que participaron en los estudios 2-6 (n=869). Factor 1: comentarios y risas sobre el sujeto (17.5% de varianza). Factor 2: en relación a atención y sensación de ser escrutinado (5.7%). Factor 3: en relación a culpa y pensamientos de referencia (4.4% varianza). Factor 4: en relación de pensamientos de referencia en libros, canciones y notas periodísticas (3.9% varianza).Factor 5: en relación a interpretación de eventos externos (3.6% varianza). Este análisis revela que la Escala de Pensamiento Referencial es multidimensional en su estructura permitiendo que sea utilizada dentro de la bateria de instrumentos diseñados para evaluar este constructo.

2.2. ESCALA DE IDEACIÓN MÁGICA

Eckblad y Chapman (1983), desarrollaron la Escala de Ideación Mágica. Los autores conciben al pensamiento mágico como la creencia en un cierto número de influencias mágicas. La mayor parte de los reactivos indagan la interpretación que hace el sujeto respecto a sus experiencias personales más que en una posible explicación teórica que involucre alguna participación de entidades mágicas dentro del proceso causal.

Meehl (1964) reportó que las personas con tendencia a desarrollar esquizofrenia mostraban ideación mágica o pensamiento mágico entendiendo por esto "una creencia, parcial o total, o interés serio, en la posibilidad de que ciertos sucesos que no tienen relación alguna de acuerdo con los principios causales de la cultura occidental, están en efecto relacionados".(Ref.Herreman 1999).

El instrumento consta de 30 oraciones. Se agrupan en seis grupos básicos descritos previamente por Chapman.

1) Experiencia de transmisión de los propios pensamientos. Considera desde la idea de que los pensamientos pueden ser escuchados por todos los que se encuentran en un salón, hasta la posibilidad de que ciertas personas familiares puedan leer los pensamientos del sujeto.

2) Experiencias de Pasividad. Abarca desde la sensación de que una fuerza extraña ha tomado el control del cuerpo y la mente del individuo y le obliga a pensar y a actuar a su propia voluntad,

hasta aquel que siente como ajenas ciertas ideas recurrentes.

3) Experimentación de voces u otras alucinaciones auditivas. Comprende desde el escuchar una voz externa que le dicta una evaluación del comportamiento del sujeto hasta percibir una voz interna reconocida como la conciencia del sujeto.

4) Robo del pensamiento. Experiencia en las que el sujeto está convencido en que alguien a parte de Dios le ha robado el pensamiento, hasta aquel que cree que Dios le ha privado de sus pensamientos.

5) Otro tipo de ideas bizarras o aberrantes. Ideas de haberse sentido observado o maltratado.

6) Experiencias visuales. Experiencias alucinatorias de varios minutos, exceptuando fenómenos hipnagónicos o hipnapómpicos, creyendo que la experiencia fue real o que finalmente concluye que no fue real.

Se incluye un séptimo grupo denominado Recepción Telepática de pensamientos, el sujeto reconoce como ajenos los pensamientos o que el sujeto experimente como impuestos u obligados ciertos pensamientos.

La escala se desarrolló de acuerdo a lo establecido por Jackson para la elaboración de escalas de personalidad. Inicialmente se

formaron 42 reactivos que se aplicaron a estudiantes. Junto con las escalas de Consentimiento y de Conveniencia Social y respuestas aleatorias. Los sujetos que contestaran al menos tres preguntas de forma inusual fueron excluidos. Los reactivos de la escala de ideación mágica fueron suprimidos revisados o reemplazados con nuevos reactivos si presentaban baja correlación respecto a la escala o se relacionaban alto con la escala de consentimiento o de conveniencia social. Después de varias versiones revisadas, la versión final cuenta con 30 reactivos y se correlaciona con $-.18$ con la escala de conveniencia social y con $.26$ con la escala de consentimiento.

La versión final se administro a alumnos de psicología junto con las escalas de aberración perceptual, de anhedonia física, de psicosis de Eysenck y de infrecuencia. La alfa obtenida de $.80$ indicando adecuada confiabilidad. Se correlaciona positivamente con escala de aberración perceptual ($.68-.71$) y negativamente con escala de anhedonia (-0.29) y de la misma manera con escala de psicosis de Eysenck (0.32). Concluyendo que la Escala de ideación Mágica se relaciona con mayor cantidad de síntomas del espectro psicótico. Resultando en un buen instrumento para evaluar la propensión la psicosis.

La versión en castellano fue validada por Herreman (1999), en estudiantes universitarios de diferentes facultades reportando alfa de $.80$ confirmandose la confiabilidad del instrumento.

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

3.1.JUSTIFICACIÓN

Diversos autores han establecido que el estudio dimensional de los tradicionales síntomas psicóticos puede ser un abordaje metodológico que permita detectar sujetos con riesgo mayor para desarrollar un cuadro psicótico completo. En este sentido se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar aspectos diferente del espectro sintomatológico de la psicosis. El pensamiento mágico y el pensamiento referencial son características frecuentemente encontradas en los trastornos del espectro psicótico.

El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo un estudio familiar del pensamiento referencial y mágico entre familias de pacientes con esquizofrenia y compararlos con familias de probandos con depresión mayor.

3.2. OBJETIVOS

1. Medir y comparar los niveles de pensamiento referencial y pensamiento mágico entre probandos con depresión mayor y esquizofrenia.
2. Medir y comparar los niveles de pensamiento referencial y pensamiento mágico entre familiares de pacientes con depresión mayor y esquizofrenia.
3. Comparar los niveles de pensamiento referencial y pensamiento mágico entre probandos y familiares.
4. Determinar la Consistencia interna de la escala de pensamiento referencial.

3.3. METODOLOGÍA

a) Diseño

Se realizó de un estudio familiar de observación transversal y comparativo.

b) Universo y muestra.

Se evaluó de una muestra intencional no probabilística de 20 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y 20 sujetos con diagnóstico de depresión mayor, de acuerdo al DSM IV y sus familiares disponibles. En total se captaron 50 parientes de primer grado, de los cuales 26 corresponden a parientes de probandos con diagnóstico de esquizofrenia y 24 a familiares de probandos con depresión. Los sujetos se reclutaron en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

c) Criterios de selección

- Diagnóstico confirmado de esquizofrenia o depresión mayor.
- Que tuviera al menos 1 familiar dispuesto a participar en el estudio.
- Cualquier sexo.
- Que halla aceptado llenar de los instrumentos.

d) Variables e Instrumentos

- Escala de Pensamiento Referencial (Lenzenweger, 1997).
- Escala de Ideación Mágica (Eckblad y Chapman, 1983)

- SCID para confirmación de diagnósticos.
- Forma de Variables sociodemográficas.

e) Procedimiento

El investigador principal detectó los posibles candidatos a ser ingresados al estudio. Entre los que aceptaron participar, se procedió a la confirmación del diagnóstico con el SCID. Si este se confirmó se procedió al llenado de las formas autoaplicables (escala de ideación mágica y escala de pensamiento referencial). Posteriormente se llevó a cabo el llenado por los familiares disponibles y dispuestos a participar en el estudio.

f) Análisis Estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables con media y desviación estándar para continuas y frecuencias y porcentajes para discretas. Como prueba de hipótesis se utilizó un análisis de varianza unidireccional. Como prueba de correlación se utilizó el coeficiente de Pearson.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 20 probandos con esquizofrenia y 20 con depresión mayor. Se estudiaron 50 familiares de primer grado, de los cuales 24 eran parientes de probandos con depresión mayor y 26 eran de los pacientes con esquizofrenia. En la tabla 1 se ilustran las variables demográficas de los 4 grupos.

Tabla 1

	Probandos con esquizofrenia (n=20)	Familiares de probandos con esquizofrenia (n=26)	Probandos con depresión (n=20)	Familiares de probandos con depresión (n=24)
Edad	35.1+/-10.6	44.5+/-14.0	36.8+/-11.4	42.6+/-15.6
Sexo Masculino	13 (65.0%)	8 (30.8%)	4 (20.0%)	8 (33.3%)
Femenino	7 (35.0%)	18 (69.2%)	16 (80.0%)	16 (66.6%)
Escolaridad	9.1+/-2.7	7.9+/-3.4	11.0+/-4.1	9.6+/-4.9
Con Pareja	5 (25.0%)	14 (53.8%)	7 (35.0%)	12 (50.0%)
Sin Pareja	15 (75.0%)	12 (46.2%)	13 (65.0%)	12 (50.0%)
Con trabajo	2 (10.0%)	9 (34.6%)	9 (45.0%)	14 (58.3%)
Sin trabajo	18 (90.0%)	17 (65.4%)	11 (55.0%)	10 (41.7%)

a) Confiabilidad de la escala de pensamiento referencial.

En virtud de que las propiedades psicométricas de la escala de ideación mágica ya han sido descritas (Herreman, 1999), en este apartado sólo se evaluaron las características de confiabilidad de la escala de pensamiento referencial. La consistencia interna del instrumento, incluyendo a todos los sujetos del estudio (n=90) fue de 0.92.

b) Contrastes entre familiares y probandos.

Se procedió en primer término a la comparación de todos los familiares con todos los probandos, independientemente del diagnóstico. El total de la escala de pensamiento referencial en los probandos fue significativamente más elevado (7.9 ± 7.8) que la de los familiares de primer grado (3.0 ± 4.2) (Prueba de T para varianzas desiguales 3.52, gl 57.3, $p=0.0001$). De la misma forma, el pensamiento mágico calificó significativamente más elevado entre los probandos (8.4 ± 4.8) que en los familiares (5.5 ± 3.2) (Prueba T para varianzas desiguales 3.18, gl 65.62, $p=0.002$).

c) Constraste entre familiares y probandos con depresión o esquizofrenia.

En este apartado se compararon los totales en ambos instrumentos agrupando juntos a probandos y familiares de cada uno de los diagnósticos. Los familiares y probandos con esquizofrenia ($n=46$), calificaron más elevado en el total de la escala de pensamiento referencial (7.2 ± 8.1) que los probandos y familiares con depresión (3.1 ± 3.1) (prueba T para varianzas desiguales -3.14, gl 58.7, $p=0.003$).

En la escala de ideación mágica, los familiares y probandos con esquizofrenia calificaron significativamente más elevado (8.3 ± 4.7) que los familiares y probandos con depresión (5.2 ± 2.9) (prueba T para varianzas desiguales -3.81, gl 74.9, $p < 0.0001$).

d) Análisis de varianza factorial de probandos y diagnósticos.

Se procedió a un análisis multivariado de varianza para demostrar la interacción entre probandos y familiares con respecto a ambas escalas.

En la tabla 2 y en la tabla 3, se ilustran los análisis para cada uno de los instrumentos bajo estudio.

Tabla 2.

ANÁLISIS DE VARIANZA FACTORIAL PARA EL PENSAMIENTO REFERENCIAL ENTRE PROBANDOS, FAMILIARES Y DIAGNÓSTICO.

	Media +/- Desviación Estándar
Probandos con esquizofrenia (n=20)	11.8+/-9.2
Familiares de probandos con esquizofrenia (n=26)	5.6+/-4.9
Probandos con depresión (n=20)	4.0+/-2.7
Familiares de probandos con depresión (n=24)	2.4+/-3.3.

Efecto del diagnóstico F14.7, gl 2,86, $p < 0.0001$

Efecto de ser familiar o paciente F 12.0, gl 2,86, $p = 0.001$

Interacción entre diagnóstico y ser familiar o paciente F7.8, gl 1,86, $p < 0.001$.

Tabla 3

ANÁLISIS DE VARIANZA FACTORIAL PARA EL PENSAMIENTO MÁGICO ENTRE PROBANDOS, FAMILIARES Y DIAGNÓSTICO.

	Media +/- Desviación Estándar
Probandos con esquizofrenia (n=20)	10.5+/-3.4
Familiares de probandos con esquizofrenia (n=26)	6.7+/-3.5
Probandos con depresión (n=20)	6.3+/-3.1
Familiares de probandos con depresión (n=24)	4.2+/-7.3

Efecto del diagnóstico F 14.8, gl 2,86, $p < 0.0001$

Efecto de ser familiar o paciente F13.5, gl 2,86, $p < 0.0001$

Interacción entre diagnóstico y ser familiar o paciente F 1.1, gl 1,86, $p = 0.29$.

e) Correlaciones bivariadas.

La edad y la escolaridad no correlacionaron significativamente con las dimensiones de pensamiento referencial e ideación mágica. La correlación entre pensamiento referencial e ideación mágica en toda la población fue de $r=0.71$ ($p<0.001$). Cuando esta correlación se llevo a cabo solo con pacientes, fue de $r=0.76$ ($p< 0.0001$).

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1.DISCUSIÓN

En el modelo esquizotaxia-esquizotipia desarrollado por Meehl (1962), para explicar la vulnerabilidad a la esquizofrenia, asume que existe una base genética para que ciertos sujetos se encuentren más cercanos a la esquizofrenia.

Para estudiar este constructo se han creado multiples escalas relacionadas con esquizotipia, Volleman (1995) revisa y discute las características psicométricas, ya mencionadas en el marco introductorio de este manuscrito. Cabe mencionar que no se encontraron referencias en castellano tratando de abordar el tema dimensional de la esquizotipia y su relación con la esquizofrenia.

Aunque la esquizofrenia y la esquizotipia son fenómenos que se presentan por igual en todas las latitudes, la replicación de los resultados utilizando los instrumentos en cuestión en culturas e idiomas diferentes es relevante para sostener la hipótesis que pretende explicar la patogénesis de la esquizofrenia.

El pensamiento referencial es uno de los componentes de la multidimensionalidad de esquizotipia, Lenzenweger y cols. (1997) diseñaron una escala para su evaluación y en sus estudios comprobaron su validez y eficacia. Considerando la Escala de Pensamiento Referencial como un instrumento útil para evaluar el

constructo esquizotipia. Uno de los objetivos del presente estudio fue confirmar que la escala de pensamiento referencial en su versión castellana se comportara con una consistencia interna adecuada, obteniéndose alfa 0.92, demostrándose que tiene aceptable confiabilidad.

La Escala de Ideación Mágica realizada por Eckblad y Chapman (1983), ha mostrado alfas de 0.82 a 0.87. En la validación castellana (Herreman, 1999), el instrumento mostró una alfa de 0.80. Asumiéndose que ambos instrumentos parecen tener validez predictiva en la detección de sujetos con esquizotipia y con manifestaciones tempranas de esquizofrenia de acuerdo a la teoría de Meehl, por lo que ello les da valor eurístico.

La comparación entre familiares y probandos revela que para ambas escalas los probandos calificaron significativamente más elevado que los familiares, para el caso de los probandos con esquizofrenia. Se ha reportado que los individuos con diagnóstico de esquizofrenia característicamente tiene puntajes más elevados (Chapman, 1978).

Los probandos con esquizofrenia y sus parientes calificaron significativamente más elevado que los probandos con depresión y sus familiares tanto para el pensamiento mágico como para el referencial. Sin embargo al realizar el análisis de varianza factorial no se corroboró la hipótesis de que los familiares con esquizofrenia calificarían más alto que los pacientes con depresión y sus

familiares. Este resultado no apoya el modelo de esquizotaxia-esquizotipia de Meehl. Grove y Cerri (1991) en su estudio reportan que no encontraron diferencias significativas entre pacientes con esquizofrenia y sus familiares y menciona que podría deberse a que los parientes de pacientes con esquizofrenia al saberse estudiados no manifiestan datos de su psicopatología. Tal vez la misma situación sucedió en nuestro estudio y por lo tanto los parientes de probandos con esquizofrenia quedan demasiado cerca de los pacientes con depresión y sus familiares.

Lenzenweger reportó que la escala de pensamiento referencial se relacionaba con depresión y ansiedad ($r=.43$), lo que pudo haber influido en nuestros resultados, sin olvidar que dentro de la teoría de Meehl se consideran como coadyuvantes factores como anhedonia y ansiedad.

Las explicaciones alternas para un posible error tipo 1 en esta investigación (no encontrar diferencias, cuando realmente existen) es que la vulnerabilidad genética de los sujetos con depresión pudiera colocarlos más cerca de la esquizofrenia que la población general. Otro punto puede estar relacionado con un sesgo de muestreo. En función de que todos los casos fueron seleccionados de un hospital psiquiátrico de concentración, se espera que los casos más severos con ambas patologías hayan sido seleccionados y por ende, se pierda la posibilidad de esclarecer las diferencias que se observarían en muestras de casos más representativos.

El unico estudio cercano a la presente investigación fue el de Shenton y cols (1989) donde compararon familiares de enfermos con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, y mania aplicando el Indice de Desordenes del Pensamiento de Holzman- Johnston. Ellos reportan que los probandos tuvieron puntajes más elevados que los familiares, y los parientes de pacientes esquizoafectivos depresivos calificaron más bajo que el resto de sujetos estudiados exepctuando a los controles que se incluyeron en su estudio. El haber incluido controles en nuestra investigación quiza hubiera hecho más significativas las diferencias encontradas.

Los resultados demográficos indican que los probandos con esquizofrenia y sus familiares tienen menor escolaridad, menos relaciones de pareja y mayor desempleo lo que podria estar relacionado con peor ajuste premórbido. Parnas y cols (1982) reportaron que el el estado premorbido difiere entre los individuos con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia y los que no desarrollan dicha enfermedad.

5.2. CONCLUSIÓN

En conclusion se considera que tanto la escala de pensamiento referencial y de ideación mágica son intrumentos adecuados para evaluar el constructo esquizotipia. Lo que da la posibilidad de constinuar estudiando sujetos con propensión a psicosis , ademas se comprobó nuevamente que dicha labilidad esta latente en los familiares de pacientes con esquizofrenia, sin embargo, la hipotesis

de que los familiares de probandos con depresión calificarían significativamente más bajo no se corrobora, lo que hace sospechar que los factores de las escalas están muy próximos al fenómeno psicótico. Aunque aun falta crear una escala que conjunte todos los factores de esquizotipia mencionados por Volleman (1995) lo que permitiría clasificar este constructo dentro de la genética del fenómeno esquizofrenia.

ANEXO

ESCALA DE IDEACIÓN MÁGICA.

Eckblad M & Chapman LJ. J Consult Clin Psychol 1983;51(2):215-225.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de enunciados. Le pedimos que los lea con cuidado y circule la V si considera que la frase se aplica a usted, o F si esto no es así.

1.- Algunas personas pueden hacer que yo piense en ellas, con tan sólo pensar en mi.	V	F
2.- Por momentos me he sentido como si no fuera un ser humano	V	F
3.- En ocasiones me da miedo pasar por debajo de una escalera.	V	F
4.- Creo que podría aprender a leer la mente de los demás si lo quisiera.	V	F
5.- Los horóscopos resultan ciertos demasiadas veces como para creer que son una coincidencia.	V	F
6.- En ocasiones, al llegar a mi casa, las cosas parecen haber cambiado de lugar, aunque nadie haya estado ahí.	V	F
7.- El número 13 no es de mala suerte.	V	F
8.- En ocasiones he tenido la extraña sensación de que los conductores de radio o televisión saben que los estoy escuchando.	V	F
9.- Me ha preocupado que extraterrestres estén controlando lo que pasa en la tierra.	V	F
10.- El gobierno se rehusa a decirnos la verdad sobre platillos voladores.	V	F
11.- He sentido que existen mensajes para mí en la forma en que están ordenadas las cosas. por ejemplo, como si estuviera frente al aparador de una tienda.	V	F
12.- Nunca he dudado que mis sueños son el producto de mi propia mente.	V	F
13.- Los amuletos no funcionan.	V	F
14.- He notado sonidos en mis discos que no estaban ahí en otras ocasiones	V	F
15.- Los movimientos de las manos que hacen personas extrañas parecen tener influencia sobre mí.	V	F
16.- Casi nunca sueño con algo antes de que suceda.	V	F
17.- He tenido la impresión que alguien ha sido reemplazado por su doble.	V	F
18.- No es posible dañar a los demás simplemente teniendo malos pensamientos sobre ellos.	V	F
19.- En ocasiones he sentido una presencia maligna a mi alrededor a pesar de no poder verla.	V	F
20.- A veces he tenido la sensación de perder o ganar energía si ciertas personas me miran o me tocan.	V	F
21.- A veces he tenido la sensación pasajera de que personas extrañas están enamoradas de mí.	V	F
22.- Nunca he tenido la sensación de que algunos de mis pensamientos pertenezcan a alguien más.	V	F

23.- Cuando me presentan a un desconocido, rara vez me pregunto si lo conocía con anterioridad.	V	F
24.- Si la reencarnación fuera cierta, eso me explicaría lagunas de las cosas extrañas que me suceden.	V	F
25.- La gente se porta seguido de una forma tan extraña, que uno se pregunta si no serán parte de algún experimento.	V	F
26.- En ocasiones hago algunos pequeños rituales para ahuyentar la energía negativa.	V	F
27.- He sentido que puedo hacer que algo pase con tan sólo pensar mucho en ello.	V	F
28.- Me he preguntado si los espíritus de los muertos pueden influenciar a los vivos.	V	F
29.- A veces siento que la clase de un profesor estaba dirigida especialmente a mi.	V	F
30.- Algunas veces he sentido que gente extraña estaba leyéndome la mente	V	F

ESCALA DE PENSAMIENTO REFERENCIAL

Lenzenweger MF, Bennett ME, Lilenfeld LR. Psychol. Assessment 1997,9(4):452-63.

EPREF

Iniciales del paciente: _____ Número de Expediente _____

Dx: Esq () DM ()

Parentesco: Sólo mayores de 18 años

Padre () Madre () Hermano () Hermana () Hijo ()

Edad _____ Sexo: masculino () femenino ()

Edo civil: soltero () casado () viudo () divorciado ()

Vive con su pareja: si () no ()

Escolaridad: (en años terminados) _____

Trabaja además de estudiar: no () si () En qué: _____

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes situaciones y conteste falso (F) o verdadero (V) si estas se aplican a usted. No omita ninguna de las oraciones, conteste lo mas honestamente posible. Cuando usted piense en sus experiencias, no considere importante aquellas actitudes, pensamientos, emociones o experiencias que tuvo bajo el efecto de alcohol u otras drogas (Marihuana, LSD, Cocaína, etc.).

1. Cuando, por casualidad oigo una conversación , con frecuencia me pregunto si la gente esta diciendo cosas malas sobre mi.	Verdadero	Falso
2. Con frecuencia pienso que la gente habla sobre mi cuando voy caminado por la calle.	Verdadero	Falso
3. Si veo a alguien riendo, con frecuencia me pregunto si se estan riendo de mi.	Verdadero	Falso
4. La gente extraña frecuentemente se burla de mi.	Verdadero	Falso
5. Con frecuencia la gente se mueve inquieta en sus asientos cuando entro en algún lugar.	Verdadero	Falso
6. Cuando veo a dos personas hablando en el trabajo, generalmente pienso que me están criticando.	Verdadero	Falso
7. Cuando escucho a dos personas hablando en una lengua extranjera, suelo pensar que pueden estar comentando sobre mi conducta.	Verdadero	Falso
8. La gente que no conozco con frecuencia presta atención a mi forma de vestir.	Verdadero	Falso
9. Con frecuencia siento que la gente me mira.	Verdadero	Falso
10. Cuando escucho una canción de mis canciones favoritas, pienso que probablemente la escribieron pensando en mi.	Verdadero	Falso
11. He leído libros que parecen haber sido escritos sobre mi persona.	Verdadero	Falso
12. Las películas parecen ser similares a la historia de mi vida.	Verdadero	Falso
13. Con frecuencia me pregunto si la radio toca canciones solo para mi.	Verdadero	Falso
14. Con mucha frecuencia me pregunto si la gente ríe de mi forma de caminar.	Verdadero	Falso
15. Algunas veces pienso que los artículos del periódico tiene mensajes para mí.	Verdadero	Falso

16. Las luces de los semáforos generalmente se ponen en rojo porque voy conduciendo con prisa.	Verdadero	Falso
17. Los perros al parecer ladran cuando estoy cerca.	Verdadero	Falso
18. Cuando voy en tren o autobús, parece que la gente con frecuencia me observa atentamente.	Verdadero	Falso
19. No pienso que la gente en la calle preste especial atención en mí.	Verdadero	Falso
20. Los profesores (u oradores), con frecuencia parecer dirigir sus conferencias hacia mi.	Verdadero	Falso
21. Regularmente, aunque ellos no lo digan, me parece que la gente siempre se pregunta que tan listo soy.	Verdadero	Falso
22. Los animales pequeños parecen fijarse especialmente en mi cuando voy caminando.	Verdadero	Falso
23. He notado que la gente que no conozco con frecuencia me hace señales.	Verdadero	Falso
24. Con frecuencia pienso que los demás comentan sobre mi ropa.	Verdadero	Falso
25. Muchas veces me parece que los demás imitan mi estilo de vestir.	Verdadero	Falso
26. Pienso frecuentemente que los demás imitan mi forma de hablar.	Verdadero	Falso
27. Con frecuencia me pregunto porque los demás se salen de la autopista usando la misma salida que yo uso.	Verdadero	Falso
28. Cuando me siento avergonzado, generalmente pienso que los demás saben porque me siento así.	Verdadero	Falso
29. La gente casi siempre nota las partes de mi personalidad o forma de ser que yo trato de ocultar.	Verdadero	Falso
30. Cuando veo algo roto, con frecuencia me pregunto si los demás me culpan por ello.	Verdadero	Falso
31. Aunque yo sepa en el fondo que no es verdad, con frecuencia siento que otros me culpan de las cosas.	Verdadero	Falso
32. No estoy seguro por que, pero la gente con frecuencia me pone mucha atención.	Verdadero	Falso
33. Con frecuencia pienso que la gente hace acusaciones acerca de mi conducta.	Verdadero	Falso
34. Con frecuencia me pregunto si la gente esta en una clase porque yo estoy en ella.	Verdadero	Falso

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe Kazuhiko, Suzuki Takashi.: Prevalence of Some Symptoms in Adolescence and Maturity: Social Phobias, Anxiety Symptoms, Episodic Illusions and Idea of Reference. *Psychopathology* 19:200-205 (1986).
2. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4a ed. Ed. Masson, Barcelona Esp. 1995.
3. Chapman L.J. Chapman J.P. Body-Image Aberration in Schizophrenia. *J. of Abnormal Psychology* 87 (4):399-407 (1978).
4. Chen WJ, Hsiao CK et al.: Schizotypy in Community Samples: The Three-Factor Structure and Correlation With Sustained Attention. *J. of Abnormal Psychology* 106 (4):649-654 (1997).
5. Docherty N.M. Rhinewine B.A. et al. Communication Disturbance and Family Psychiatric History in Parents of Schizophrenic Patients. *J. of Nervous and Mental Disease*. 186 (12):761-67 (1998).
6. Eckblad M. Chapman L.J. Magical Ideation Scale. *J. Consult Clin Psychology*. 51 (2):215-225 (1983).
7. Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID). Versión en español. 1995.
8. Franke Petra, Maier W, Hardt J. et al. Attentional Abilities and Measure of Schizotypy: Their Variation Covariation in Schizophrenic Patients, Their Siblings, and Normal Control Subjects. *Psychiatry Research* 54:259-272 (1994).
9. Grove W.M. Lebow B.S. Familial Prevalence and Coaggregation of Schizotypy Indicators: A Multitrait Family Study. *J. of Abnormal Psychology* 100 (2):115-121 (1991).

10. Gruzelier J., Burgess A. Patterns of cognitive asymmetry and syndromes of schizotypal personality. *Psychiatry Research* 56:71-79 (1995).
11. Herreman RH. Validación de la Escala de Ideación Mágica. Universidad Iberoamericana. 1999. (Tesis)
12. Kendler Kenneth S., Ochs A.L. et al. The Structure of Schizotypy: A Pilot Multitrait Twin Study. *Psychiatry Research* 36:19-36 (1991).
13. Kwapil R. Thomas.: Social Anhedonia as a Predictor of the Development of Schizophrenia-Spectrum Disorders. *J of Abnormal Psychology*. 107 (4):558-65 (1998).
14. Lenzenweger Mark F. Psychometric High-Risk Paradigm, Perceptual Aberration, and Schizotypy: An Update. *Schizophrenia Bulletin* 20 (1):121-136 (1994).
15. Lenzenweger Mark F. Deeper Into the Schizotypy Taxon: On the Robust Nature of Maximum Covariance Analysis. 108 (1):182-187 (1999).
16. Lenzenweger M.F. Bennett M.E. Lilienfeld L.R. The Referential Thinking Scale as a Measure of Schizotypy: Scale Development and Initial Construct Validation. *Psychological Assessment* 9 (4):452-463 (1997).
17. Lenzenweger M.F. Korfine I. Perceptual Aberrations, Schizotypy, and The Wisconsin Test Card Sorting Test. *Schizophrenia Bulletin* 20 (2):345-57 (1994).
18. Lenzenweger M.F. Korfine L. Confirming the Latent Structure and Base Rate of Schizotypy: A Taxometric Analysis. *J. of Abnormal Psychology*. 101(3):567-571 (1992).
19. Lenzenweger M.F. Korfine L. The Taxonicity of Schizotypy: A Replication. *J of Abnormal Psychology*. 104 (1):26-31 (1995).
20. Lenzenweger M.F. Loranger A.W. et al. Detecting Personality Disorders in a Nonclinical Population. *Arch. Gen. Psychiatry* 54: apr. (1997).
21. Lenzenweger M.F. Loranger A.W. Detecting of Familial Schizophrenia Using a Psychometric Measure of Schizotypy. *Arch. Gen. Psychiatry* 46 Oct. (1989).

22. Lenzenweger M.F. Moldin S.O. Discerning the Latent Structure of hypothetical Psychosis Proneness Through Admixture Analysis. *Psychiatry Research* 33: 243-257 (1999).
23. Lyons M.J. Merla M.E. et al. Impaired Neuropsychological Functioning in Symptomatic Volunteers with Schizotypy: Preliminary Findings *Biol. Psychiatry* 30:424-426 (1991).
24. Meehl Paul E. Schizotaxia Revisited. *Arch. Gen. Psychiatry* 46: Oct. (1989).
25. Minkowski Eugene. La esquizofrenia. Fondo de Cultura Economica. 1a ed. español 2000. pag 64. (1a ed 1927).
26. Nicolini SH. Bases Genéticas de la Mente. Instituto Mexicano de Psiquiatra. 1a ed. 1999. pag 93.
27. Parnas Josef and Bovet Pierre.: Schizophrenic Delusions: A Phenomenological Approach. *Schizophrenia Bulletin* 19 (3): 579-97 (1993).
28. Parnas J. Schulsinger F. Schulsinger H. Behavioral precursors of schizophrenia spectrum. *Archives of General Psychiatry*, 39:658-664 (1982).
29. Peralta V. Cuesta MJ. et al. Premorbid personality and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 84:336-339 (1991).
30. Shenton M.E. Solovay M.R. et al. Thought Disorder in the Relatives of Psychotic Patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 46: oct. (1989).
31. Tyrka AR. Cannon DT. et al.: The Latent Structure of Schizotypy: I. Premorbid Indicators of a Taxon of Individuals at Risk for Schizophrenia-Spectrum Disorders. *J. of Abnormal Psychology*. 104 (1):173-183 (1995).
32. Vollema M.G. Bosch R.J. The Multidimensionality of Schizotypy. *Schizophrenia Bulletin* 21 (1):19-31 (1995).