



Universidad de Sevilla

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

La saliencia aberrante como base para la sintomatología psicótica

Tesis doctoral presentada por:

Dña. M^a Sandra Fuentes Márquez

para obtener el Grado de Doctor en Psicología

Director: Dr. D. Juan Francisco Rodríguez Testal

Director: Dr. Miguel Ruiz Veguilla

Sevilla, 7 de octubre de 2015



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

DR. D. JUAN FRANCISCO RODRÍGUEZ TESTAL, Y DR. D. MIGUEL RUÍZ VEGUILLA, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, RESPECTIVAMENTE,

INFORMAN

Que D^a MARÍA SANDRA FUENTES MÁRQUEZ ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: LA SALIENCIA ABERRANTE COMO BASE PARA LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA presentada para optar al título de Doctora en Psicología y que a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para proceder a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral.

Lo que firmamos a instancias de la interesada, para que surta los efectos oportunos donde haya lugar, en Sevilla, a 7 de octubre de 2015.

Fdo.: Dr. D.
DIRECTOR/A DE TESIS

Fdo.: Dr. D.
DIRECTOR/A DE TESIS

Fdo.: D^a
EL/ LA DOCTORANDO/A

Agradecimientos

En primer lugar, deseo agradecer a todos los participantes del estudio su colaboración, su paciencia y su tiempo, pero sobre todo el darme la oportunidad de aprender con cada una de sus experiencias. Gracias por compartirlas conmigo.

A todas aquellas personas con trastornos mentales del centro clínico INTECO, a las de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva y, en especial, aún más si cabe, a los de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, porque a pesar de encontrarse en un estado crítico o agudo de su cuadro clínico pudieron contribuir al presente estudio.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que colaboraron con su interés, apoyo y contribución de diferentes maneras en este estudio, todas ellas de importantísimo valor. A los terapeutas que colaboraron administrando las pruebas o facilitándome dicha labor, en especial, a Carmen Alonso, Raquel Remesal, Diego de la Vega, Rocío Alonso, Ana Carrasco, Luis Javier Fernández, Carmen Carrero, Ester Cortázar, Cristina Sánchez, Cristina Fabre, Mercedes Guzmán, Salvador Perona, Cristina Senín, Marina Ortiz y Juan Fco. Rodríguez Testal. Muchísimas gracias.

A los colaboradores Delia García, María Macarena García, Nuria Paniagua, Manuel Álvarez, Natalia Cano, María Magdalena Medina, David Jesús González, Miguel Ángel Roldán y Alicia Pérez por prestarme su ayuda en la preparación de las pruebas y recogida de datos, así como por sus ganas de aprender e interés en mi trabajo.

A la Universidad de Sevilla, por su enorme fondo bibliográfico y recursos electrónicos que me han facilitado en todo momento mi labor de búsqueda y adquisición de material para poder realizar este trabajo.

A mis amigas, las de siempre, por los momentos de desconexión y de coger aire tan imprescindibles en metas a largo plazo como esta tesis.

A mis hermanos, Inma y José Antonio, por su incondicionalidad, su apoyo y su fuerza que de alguna manera está presente en esta investigación. Y también, a Félix y a Isabel por su interés en mi recorrido por la investigación. A Tere, Telo, Francis, Rafa y Ana

por estar cerca cuando se necesita y mostrar ese sostén que tan bien saben cuidar. Y por supuesto, a todos mis sobrinos por la felicidad que desprenden y que me hacen sentir.

Agradecer a mis directores de tesis, Miguel Ruiz Veguilla y Juan Francisco Rodríguez Testal, por su ayuda incondicional y entusiasmo al dirigir este proyecto. De manera especial, mostrar mi enorme gratitud hacia Juan porque sin él esto no hubiese sido posible. Cualquier intento de transmitir lo que él aporta va a parecer pequeño. Muchísimas gracias por tener siempre una palabra de ánimo y cariño, por transmitir, como pocos, toda tu sabiduría y la pasión con la que trabajas y como no por acompañarme en momentos tan importantes de mi vida desde la licenciatura hasta esta tesis doctoral. Sin duda, una gran profesional y una mejor persona.

A mi marido Leonardo por su comprensión, apoyo y ayuda en todas mis aventuras. Porque con él todo parece posible, y lo es. Y por enseñarme a crecer cada día, con tanto amor.

Por último, a mis padres, Antonio y Antonia, porque sin duda, sin ellos no sería quien soy. Por enseñarme a valorar cada detalle y cada paso, por estar presentes aún sin pedirlo, por sus enormes consejos y sus sabias palabras, por su adoración tan desmesurada que alienta a seguir esforzándose. Por enseñarme tanto. Os dedico este trabajo del cual sois tan partícipes como yo.

A mis padres

ÍNDICE

Introducción general	9
Estudio 1	14
Introducción	14
Objetivo general.....	17
Objetivos e hipótesis	17
Método	18
Participantes	18
Diseño.....	18
Variables.....	19
Instrumentos	19
Procedimiento	23
Procedimiento estadístico.....	25
Resultados	26
Discusión.....	39
Estudio 2	47
Introducción	47
Objetivo general.....	53
Objetivos e hipótesis	53
Método	54
Participantes	54
Diseño.....	55
Variables.....	55
Instrumentos	56
Procedimiento	58
Procedimiento estadístico.....	59
Resultados	60

Discusión.....	69
Conclusiones.....	76
Estudio 1	76
Estudio 2	77
Referencias	78
Anexos.....	89

Introducción general

Los trastornos psicóticos se van a caracterizar, entre otros aspectos, por la pérdida del contacto con la realidad. De esta manera, el concepto de psicosis engloba diferentes cuadros clínicos definidos por alteraciones agudas o insidiosas, pero profundas, del pensamiento (en forma, contenido y tema), además de afectar, de forma variable según de qué trastorno se trate, a la esfera del estado de ánimo, la percepción y, en general, a las diversas funciones cognitivas y del comportamiento.

En las últimas décadas se está avanzando en la comprensión de la etiopatogenia de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular. Según el modelo del neurodesarrollo las psicosis no aparecen de forma abrupta, de repente, sino que surgen como consecuencias de interacciones complejas y múltiples, tanto de condicionantes genéticos como ambientales, que van a interactuar y, de esta manera, afectar el normal desarrollo estructural y funcional del cerebro humano (Murray & Lewis, 1987; Weinberger, 1987). En este sentido, la alteración que puede producirse se puede dar en diferentes etapas (prenatal, perinatal y postnatal), dando lugar a un terreno de vulnerabilidad sobre el cual van a incurrir los factores ambientales adversos (Obiols & Barrantes-Vidal, 2014).

Reconocer un periodo previo, de intervalo variable, que incluso puede durar varios años, de síntomas subumbrales o atenuados y deterioro funcional que precede a experiencias psicóticas, es una cuestión de interés ya descrita por los clásicos de la psicopatología (por citar algunos: Conrad, 1958; Jaspers, 1977; Schneider, 1946). Las palabras con las que el propio Clérambault alude a este fenómeno da buena cuenta de lo que se pretende transmitir: “en el momento en que aparece el delirio la psicosis es ya antigua” (p.60, dogma 8) (Clérambault, 1920). Sin embargo, en los últimos años se está produciendo un nuevo acercamiento a este fenómeno y con ello se está aludiendo a un cambio de paradigma en salud mental. El foco se ha desplazado de las fases estables o residuales de la psicosis hacia los inicios de la psicosis. Esto se traduce en múltiples cambios en las diferentes fases del proceso terapéutico y en la puesta en marcha, en las últimas décadas, de programas de detección e intervención temprana. En este sentido, en un primer momento este enfoque se centró en el estudio y tratamiento de los primeros episodios psicóticos, siendo uno de los pioneros el grupo de McGorry en Australia.

En definitiva, de la posición dirigida a las etapas de la psicosis caracterizada por la estabilidad de la fase activa, o por su fase más residual, se fue pasando, progresivamente, a un interés centrado en las manifestaciones prodrómicas de los trastornos psicóticos, dando lugar a diferentes conceptualizaciones y definiciones operativas de las mismas: prepsicosis, preesquizofrenia, hipopsicosis, síntomas prodrómicos, síntomas seudopsicóticos o estados mentales de riesgo. La definición de pródromo es complicada, quizás por ello se ha intentado delimitar con los términos “pródromos tempranos y tardíos”, según la distancia temporal desde donde se interviene para realizar la detección precoz. Además, los signos y síntomas prodrómicos son de naturaleza pleiotrópica, por lo que no sólo predicen cuadros psicóticos futuros sino también la de otros cuadros no psicóticos (Fusar-Poli et al., 2013).

Para comprender el cambio de paradigma hacia los síntomas atenuados de psicosis o estados mentales de alto riesgo es esencial la noción del continuo esquizofrénico. Dicho concepto aboga por el hecho de que la presentación clínica del cuadro no es única y que la continuidad entre formas no patológicas no es una cuestión cualitativa, sino más bien dependerá de factores como la frecuencia, gravedad, intrusividad, comorbilidad, impacto funcional, del mismo modo que de factores sociales y personales como la capacidad de afrontamiento, tolerancia social y el grado de deterioro producido (Johns & Van Os, 2001). En otras palabras, tener experiencias cuasi-psicóticas no se relaciona directa o necesariamente con la presencia de un trastorno.

Los síntomas psicóticos positivos, como los delirios y las alucinaciones, son experiencias comunes en personas con diagnósticos en el espectro de la psicosis, trastornos del estado de ánimo, y en demencias (Kessler et al., 2005), así como en personas con alto riesgo de desarrollar psicosis. Sin embargo, parece ser también una experiencia relativamente común en la población general, probablemente de forma más atenuada o subumbral, puesto que alrededor del 17% de la población general ha experimentado experiencias cercanas a delirios y alucinaciones (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009). Los datos parecen indicar que la presencia numerosa de síntomas o la persistencia sintomatológica puede ser predictora de cuadros psicóticos, especialmente si se produce también abuso de sustancias en la adolescencia temprana, o si aparece depresión. En este sentido, los síntomas psicóticos subclínicos pueden representar la expresión conductual de vulnerabilidad al trastorno

psicótico en la población general (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2012).

Los síntomas psicóticos subclínicos tienen un claro impacto sobre la salud, relacionándose con la sintomatología ansiosa, depresiva y/o desregulación afectiva (Cella, Cooper, Dymond, & Reed, 2008; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-giráldez, & Sierra-baigrie, 2011; Nuevo et al., 2012). Algunas investigaciones han señalado que el pronóstico es peor cuanto mayor es el periodo de psicosis no tratada o un tiempo más largo en la fase prodrómica sin tratamiento (Marshall et al., 2005). Sin embargo, no existe un consenso con respecto a la situación funcional de las personas con alto riesgo de psicosis. Las deficiencias en su funcionamiento y la disminución en la calidad de vida pueden contradecir la suposición de que representan un fenotipo normal de desarrollo y de los argumentos en contra de la no atención de dichas personas (Fusar-Poli, et al., 2015b).

No obstante, la mayoría de personas que presentan síntomas psicóticos subclínicos, en torno al 60%, no van a desarrollar trastornos psicóticos, sino que van a presentar una mayor vulnerabilidad a desarrollar otras condiciones psíquicas, no sólo psicosis (Addington, Francey & Morrison, 2006; Addington et al., 2011; Tandon et al., 2012; Woods, Walsh, Saksá, & McGlashan, 2010). En la distinción entre psicosis clínica y subclínica no sólo van a intervenir elementos biológicos, sino que juegan un papel importante también los factores personales y socioculturales (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2008).

El reconocimiento de poblaciones con estas características clínicas podría permitir el estudio de la etiología de la psicosis, la exploración temprana de cambios neuroevolutivos relacionados, y de la evolución de la psicosis, además de facilitar intervenciones tempranas (Kelleher & Cannon, 2011). En este sentido, las líneas de investigación de riesgo de psicosis abogan por intervenciones para mejorar su curso, después de que aparezca la psicosis y que, incluso, puede prevenir la aparición de ésta (Compton, McGlashan, & McGorry, 2007). Sin embargo, también se han levantado voces que reclaman el riesgo que plantea la inclusión de personas mal diagnosticadas o falsos positivos en programas de este tipo; las razones que señalan son los problemas relacionados con el estigma que conlleva en la sociedad un diagnóstico de esta naturaleza, el iniciar tratamientos con antipsicóticos cuando no se han diseñado para

manifestaciones subclínicas, entre otros aspectos. El actual cambio histórico en el ámbito de estudio de la psicosis se ha traducido también en posibles cambios nosológicos. La no lograda propuesta de “síndrome de psicosis atenuada” para el DSM-5 así lo refleja.

Estas líneas de trabajo sobre la psicosis que permiten indagar sobre los factores de riesgo y los procesos involucrados en el desarrollo de trastornos psicóticos, es donde se van a centrar los dos estudios que se presentan. Muchas investigaciones recientes están intentando explicar el origen de la psicosis, no sólo desde un enfoque clínico sino también en lo relativo a experiencias cuasi-psicóticas y a los síntomas atenuados o subclínicos, desde el estudio de los procesos cognitivos (Bell, Halligan, & Ellis, 2006; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Cicero, Becker, Martin, Docherty, & Kerns, 2013; Freeman, 2007; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, & Bebbington, 2001). Uno de los planteamientos más recientes es el papel de la *saliencia aberrante* en la génesis de la psicosis (Kapur, 2003; Roiser et al., 2009). La *saliencia aberrante* es la asignación incorrecta de importancia o relevancia a estímulos neutros (Vargas & Lahera, 2011). El concepto de *saliencia* tiene una larga historia en la investigación de psicosis y es consistente con las descripciones fenomenológicas que realizan los pacientes sobre el momento en el que emerge la psicosis, como “me sentía fascinado por las pequeñas cosas insignificantes que me rodeaban”, “mis sentidos se agudizaron, todo era más claro, notaba cosas que antes no notaba”, “como si encajara la pieza de un puzle”, “la vista y los sonidos adquirieron una agudeza que antes nunca había experimentado”, etc. (Berner, 1991; Conrad, 1958; Cutting, 1989; Moller & Husby, 2000; Parnas, Handest, Saebye, & Jansson, 2003; Raballo & Maggini, 2005; Sass, 1992). En otras palabras, la *saliencia aberrante* es el proceso mental por el que determinados estímulos ordinarios, que no parecen importantes, se convierten en significativos y captan la atención (Bowers, 1968; Bowers & Freedman, 1966). Estos estímulos son internos o externos, se refieren a procesos automatizados que pierden precisamente esa propiedad de indeliberado y entran en el campo de la conciencia; son procesos cognitivos que ahora se aperciben o se muestran como intrusivos: percepciones, pensamientos, o estados emocionales, por ejemplo. En términos fenomenológicos actuales es un aspecto muy próximo a la hiperreflexibilidad (Parnas, 2005) que hace referencia precisamente a ese paso donde lo pre-reflexivo se torna

reflexivo, explícito, y que recuerda a las descripciones clásicas de los episodios psicóticos (Conrad, 1958; Jaspers, 1977; Kretschmer, 1947).

En este trabajo se plantea un primer estudio donde se presenta un instrumento de medida acerca de la saliencia aberrante (Cicero et al. 2010), su adaptación, y su validación a una población tanto general como clínica. Dado un proceso tan relevante como la saliencia aberrante en psicopatología en general, como en el ámbito de las psicosis en particular, dotar a la práctica clínica de un instrumento fiable y válido puede tener la mayor aplicabilidad y utilidad clínica. Asimismo, se plantea un segundo estudio centrado en un modelo de mediación de la saliencia aberrante y su relación con el pensamiento referencial y la dimensión desorganizada para explicar, al menos parcialmente, la sintomatología psicótica. Desde un punto de vista conceptual, aproximarnos a la relación entre variables relativas a los procesos psicóticos es un objetivo relevante en sí mismo, ya que puede permitir el estudio desde la propensión a las fases iniciales de los estados psicóticos (o la psicopatología grave en general). Por último, con estos estudios se procura contribuir, aunque sea modestamente, a conocer la configuración de todas estas características del funcionamiento alterado del ser humano para mejorar el tratamiento y la calidad de vida de quienes padecen este tipo de trastornos o alteraciones.

Estudio 1:

Adaptación y validación del Inventario de Saliencia Aberrante en población general y clínica

Introducción

En el presente trabajo abordamos la adaptación y validación del Inventario de Saliencia Aberrante ASI en población general y clínica.

La vertiente de evaluación es una parte clave en todo proceso clínico, la cual suele acontecer en las fases previas, aunque cada vez más se está integrando como una parte compleja y continua durante todo el proceso de atención y seguimiento. Los avances en investigación y las nuevas tecnologías están favoreciendo progresos vertiginosos en la evaluación en los últimos años en los diferentes ámbitos evaluativos (clínico, escolar, laboral, entre otros), y en la adaptación de los test de unas culturas a otras. A esto hay que sumar la pluralidad y multiculturalidad de nuestros entornos que incita a mantenernos en un reciclaje y aprendizaje constante y, por consiguiente, también a las pruebas psicométricas que utilizamos y que nos guían en la toma de decisiones. Actualmente se están produciendo avances importantes en el campo de la adaptación de los tests, tanto desde un punto de vista metodológico y psicométrico como sustantivo (Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005; Matsumoto & van de Vijver, 2011; van de Vijver & Tanzer, 1997). En este estudio se va a seguir las directrices de la Comisión Internacional de Tests (*International Test Commission*, ITC) sobre la adaptación de tests y cuestionarios.

Previamente, es importante recalcar que la adaptación de cuestionarios va más allá de ser una cuestión meramente lingüística, para convertirse en el producto de la conjunción de aspectos culturales, conceptuales, lingüísticos y métricos que han de abordarse desde perspectivas de análisis tanto analítico-rationales como empíricas (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013).

En primer lugar, se comprobó el registro de la propiedad intelectual del inventario ASI de saliencia aberrante. La relevancia de este constructo queda patente en las líneas de investigación acerca de los indicadores de riesgo y de detección precoz en psicosis, que se ha convertido en un potente campo de estudio en las últimas décadas. El giro de la investigación hacia las fases tempranas de las psicosis y sobre los síntomas y signos

prodrómicos cobran su sentido e importancia si entendemos los cuadros clínicos de psicosis como alteraciones graves, que suelen aparecer en una fase temprana de la vida, más concretamente en la adolescencia o en los primeros años de la adultez. Este periodo es una etapa del ciclo vital de máxima relevancia puesto que se está construyendo la identidad, estableciendo relaciones interpersonales significativas, y elaborando planes de futuro. Asimismo, los cuadros psicóticos tienen cierta tendencia a la cronicidad y van a afectar al funcionamiento y a la calidad de vida de las personas que lo padecen y de sus familiares o allegados.

Se contactó con el autor principal que diseñó y desarrolló el instrumento, David Colin Cicero, para solicitar la traducción, adaptación, y utilización del inventario. El siguiente paso fue la adecuación práctica y corrección lingüística de la escala. Se llevó a cabo la traducción de la escala considerándose los factores lingüísticos y culturales durante el proceso de adaptación. Se aconseja la implementación de un procedimiento iterativo de depuración que se inicia con varias traducciones independientes hacia adelante, que luego serán revisadas por un comité mixto en el que conviene incluir, además de traductores con conocimientos de los idiomas y culturas, a especialistas en el campo de evaluación que analicen la adecuación de la versión adaptada. Este estudio comenzó con una traducción por parte de un clínico conocedor del constructo de saliencia aberrante y un experto nativo del inglés que tradujo y revisó la traducción inicial propuesta. Otros detalles de este proceso se exponen en el apartado de procedimiento.

Los resultados de equivalencia de la versión adaptada española junto con los estudios de validez y fiabilidad se van a realizar en este estudio. Asimismo, se realizará la interpretación de los resultados y su comparabilidad en contextos diferentes mediante la equivalencia métrica entre todos los ítems que configuran las escalas original y adaptada.

A pesar de que en la última década, la investigación acerca de este constructo ha aumentado considerablemente (Nelson, Whitford, Lavoie, & Sass, 2014), hasta hace relativamente poco tiempo no se disponía de medidas de evaluación específicas sobre la saliencia aberrante. Existe un Test de Atribución de la Saliencia (SAT) de Roiser (Roiser et al., 2009), quien utiliza una tarea probabilística de aprendizaje de recompensa que distingue entre señales relevantes (saliencia adaptativa) y señales irrelevantes (saliencia aberrante). En esta prueba los participantes tienen que responder rápidamente

a la presentación de un cuadrado. Un incentivo monetario está disponible en el 50% de los ensayos, obteniendo mayor beneficio las respuestas más rápidas. En el SAT, la saliencia adaptativa se define como un incremento en grados de probabilidad (medida explícita) o aceleración de respuesta (medida implícita) a estímulos fuertemente asociados con recompensa, en relación con los relacionados débilmente con la recompensa. Por otro lado, la saliencia aberrante es definida como la diferencia absoluta en las puntuaciones en aceleración o probabilidad entre dos niveles de la dimensión de estímulos irrelevantes de la tarea (Roiser et al., 2009). Si bien este test mide la saliencia aberrante, es un paradigma de aprendizaje de recompensa, una herramienta fundamentalmente de investigación de laboratorio. Sin embargo, y aunque es una limitación de partida una prueba que requiera de la identificación de los propios procesos internos y cognitivos por parte del evaluado, son necesarios instrumentos que midan este constructo de saliencia aberrante de una forma fácil y fiable tanto en población clínica como general.

Hay cuestionarios que han demostrado buenas propiedades psicométricas para evaluar propensión a la psicosis en muestras no clínicas, como la Escala de Ideación Mágica (Eckbald & Chapman, 1983), la Escala de Aberración Perceptual (Chapman, Chapman, & Raulin, 1978), o la Escala de Pensamiento Referencial (Lenzenweger, Bennett, & Lilienfeld, 1997). Sin embargo, ninguna de estas escalas mide saliencia aberrante. En 2010, el equipo dirigido por David C. Cicero, desarrolló el Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) (Cicero, Kerns, & McCarthy, 2010). Este instrumento ha resultado válido y fiable para medir la saliencia aberrante en personas con riesgo de desarrollar psicosis fundamentado, como se señaló en la introducción general, en el hecho de que es el organizador psicopatológico de la psicosis, siguiendo a Kapur (2003).

En el presente trabajo se van a analizar las características psicométricas del Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) en la población general y clínica. La evaluación de la validez de la saliencia tiene importantes implicaciones clínicas en pacientes psiquiátricos por su posible papel en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos (como los delirios), así como en la población general donde el valor se encuentra en la tarea de profundizar en el conocimiento de un espectro y continuo que va de las experiencias cuasi-psicóticas, síntomas psicóticos subclínicos, fases prodrómicas y primeros episodios psicóticos. Esto puede ser de utilidad con respecto a la prevención, la identificación, el tratamiento, y el seguimiento de las personas que son

más susceptibles de experimentar disfunción o deterioro en el funcionamiento (Cicero et al., 2010; Compton et al., 2007; McGlashan et al., 2006).

Objetivo general

Adaptar y validar el Inventario de Saliencia Aberrante ASI tanto en población general como en población clínica.

Objetivos e hipótesis

- Traducir de forma directa e inversa y revisar el instrumento ASI para su uso en población general y clínica.
- Aplicar la prueba ASI a un grupo de personas de población general sin psicopatología diagnóstica y libre de medicación psicoactiva.
- Estudiar la relación de la condición de grupo (pacientes vs. controles) sobre la saliencia aberrante.
- Examinar las propiedades psicométricas del inventario ASI tanto en la población general como en la población clínica.
 - *Hipótesis 1:* El inventario presentará adecuadas propiedades de fiabilidad en relación tanto a consistencia interna como test-retest.
 - *Hipótesis 2:* Los descriptivos de los ítems indicaran una adecuada validez de contenido (validez de contenido).
 - *Hipótesis 3:* El inventario ASI obtendrá resultados significativos de validez en función de sus puntuaciones elevadas y bajas (validez de criterio).
 - *Hipótesis 4:* El inventario ASI alcanzará mayores puntuaciones en pacientes que en controles (validez de criterio).
 - *Hipótesis 5:* El inventario ASI logrará mayores puntuaciones a mayores puntuaciones en psicosis (validez de criterio).

- *Hipótesis 6:* Se observará una correlación significativa y positiva con otras escalas que presentan similitudes con el constructo de saliencia aberrante (validez concurrente).
- *Hipótesis 7:* El inventario ASI predecirá la dimensión psicótica (validez predictiva).
- *Hipótesis 8:* En el análisis factorial se hallará los mismos factores que en el trabajo original de Cicero et al. (2010) (validez de constructo).
- *Hipótesis 9:* La relación entre los factores de primer orden será debida a un único componente o unidimensionalidad del instrumento: la saliencia aberrante (validez de constructo).
- *Hipótesis 10:* Se obtendrá convergencia entre las puntuaciones de la dimensión psicótica de la escala CAPE de propensión psicopatológica y el inventario de saliencia (validez convergente).
- *Hipótesis 11:* El inventario ASI discriminará clases diagnósticas (validez discriminante).

Método

Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 1221 sujetos, siendo el 64.1% mujeres y el 35.9% varones. Del total de la muestra, 994 corresponden al grupo control (estudiantes universitarios y población general no universitaria), y 227 a pacientes de salud mental. Estos últimos procedieron de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva (n= 55), de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (n= 53) del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (Huelva), y de una clínica psicológica privada de Sevilla (n= 119). Las edades oscilaron entre 18 y 80 años de edad, con una media de 30.26 (*D.T.*= 13.08). El promedio del Índice de Clase Social (ICS) fue de 45.41 (clase social media; *D.T.*= 17.67).

Diseño

Se empleó un diseño ex post facto, y una medida (transversal) (dos momentos en el caso del retest). El reclutamiento de la muestra se hizo de forma no aleatoria, muestreo no probabilístico por accesibilidad en el caso del grupo de pacientes y los

estudiantes universitarios del grupo de control. Del resto de los integrantes del grupo control, se siguió un procedimiento aleatorio no sistemático, por medio de un procedimiento de bola de nieve.

Variables

Las principales variables estudiadas son:

Saliencia: Variable cuantitativa discreta proveniente de la puntuación total en el Inventario ASI de saliencia

Pensamiento Referencial: Variable cuantitativa discreta que indica número de autorreferencias procedente de la puntuación global en la escala REF de pensamiento referencial (Lenzenweger et al., 1997).

Instrumentos

Evaluación inicial autoaplicada: Elaboración Propia (Ver anexo 1). Este instrumento está compuesto por una serie de preguntas acerca de características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estudios, profesión, personas con las que vive, estatus sociodemográfico o clase social (SDS) (Hollingshead, 1975); preguntas relativas a enfermedades físicas y mentales actuales; antecedentes de trastorno mental; prescripción de fármacos, consumo de alcohol y drogas. Su objetivo es obtener una información básica del sujeto para poder establecer comparaciones entre grupos.

Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) (Cicero et al., 2010) (Ver anexo 2). Consta de 29 ítems que miden la saliencia aberrante y propensión a la psicosis en muestras clínicas y no clínicas a través de una escala dicotómica. Se compone de cinco factores según sus creadores: entre ellos, *Significado incrementado*: “¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales, de pronto adquieren una importancia o significado especial para ti?”; *Agudización de los sentidos*: “¿Sientes algunas veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?”; *Comprensión inminente*: “¿Sientes algunas veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?”; *Emociones incrementadas*: “¿Alguna vez has sentido una urgencia inexplicable, y no estás seguro de qué hacer?”; y *Cognición aumentada*: “¿Has sentido alguna vez como si los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?”. Tiene buena consistencia interna (α de Cronbach de .89) y una adecuada validez convergente y discriminante en población norteamericana.

Escala de pensamiento referencial (REF) (Lenzenweger et al., 1997) Versión al español de Senín-Calderón (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Fernández-Jiménez, Valdés-Díaz, Benítez-Hernández, & Fuentes-Márquez, 2010) (Ver anexo 3). Es un instrumento de 34 ítems sobre las ideas de referencia o autorreferencias, de opción verdadero/falso. Un ejemplo de los componentes de la escala: “A menudo pienso que la gente habla sobre mí cuando voy por la calle V/F”. Aunque Lenzenweger propuso una estructura factorial, en esta investigación se utilizó únicamente la medida global correspondiente al pensamiento referencial (frecuencia de ideas de referencia). El creador de este instrumento obtuvo una consistencia interna entre .83 y .85 (en diferentes muestras), con un promedio de pensamiento referencial con población general de entre 4.14 y 4.52 puntos, y test-retest de .86 (4 semanas de intervalo). La validez es adecuada, el global de la escala se relaciona sobre todo con indicadores de la esquizotipia positiva (entre .75 y .85 en los análisis de componentes principales) y, en menor medida, con la ansiedad y depresión (entre .33 y .17). En población española se obtuvo una consistencia interna de .90, un promedio de 3.82 autorreferencias en población general y una fiabilidad test-retest de .76 (44 días de intervalo medio) (Senín-Calderón et al., 2010). La validez fue adecuada: validez de contenido correcta en casi el 74% de los ítems, validez convergente relacionada adecuadamente con la escala BPRS (como indicador global de psicopatología); validez predictiva con un 54.6% de varianza explicada donde el pensamiento psicótico (cuestionario clínico MCMI-II) explica el mayor porcentaje de la varianza. Validez concurrente, coincidente con manifestaciones cercanas a la psicosis (MCMI-II: esquizoide, esquizotípico, pensamiento paranoide, límite, ansiedad, histeriforme, depresión). En esta investigación se obtuvo un $\alpha = .84$ para controles y $\alpha = .91$ para pacientes.

The Sensitivity of Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) (Versión al español de Torrubia et al., 2001) (Ver anexo 4). Dicha escala cuenta con 48 ítems con opción de respuesta verdadero/falso. Está compuesta por dos escalas cada una de ellas con 24 ítems, que miden los conceptos de la Teoría original de Gray (1982; 1987): Sensibilidad a la Recompensa (SR), hace referencia a los comportamientos de aproximación hacia los estímulos reforzadores positivos y la evitación activa hacia aquellos estímulos aversivos. Los comportamientos de aproximación van encaminados hacia la búsqueda de sensaciones, placer sexual, participación en eventos sociales, etc.

Un ejemplo de un ítem del cuestionario sería: ¿Habitualmente da preferencia a aquellas actividades que implican una ganancia inmediata?. Sensibilidad al castigo (SC): se refiere a la inhibición conductual ante la presencia de estímulos aversivos o situaciones que implican novedad y al miedo por la amenaza de castigo, impidiendo la llevada a cabo de comportamientos no recompensados. Un ítem a modo de ejemplo del cuestionario sería: ¿Teme a menudo las situaciones nuevas o inesperadas?. El α de Cronbach para la escala SC es de .83 en hombres y .82 en mujeres, en cuanto a la SR el α de Cronbach es de .78 para los hombres y .75 para las mujeres.

Cuestionario de Salud General del Goldberg (General Health Questionnaire,-GHQ-28), versión de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). (Ver anexo 5). Este instrumento es una de las abreviaciones que se ha hecho de la escala original de Goldberg de 93 ítems. Es una prueba de cribado que realiza una valoración global de la salud y disfunción social. Consta de 28 ítems agrupados en 4 subescalas acerca de los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Posee adecuadas propiedades de fiabilidad (test-retest, .90) y validez (sensibilidad entre 44% y 100% y especificidad entre 74% y 93%).

Cuestionario de Fatiga, Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ) (Chalder et al., 1993) (Ver anexo 6). Consta de 14 ítems que evalúan la gravedad o intensidad de la fatiga experimentada utilizando dos factores: la fatiga física o somática (CFQ-S) y la fatiga mental o cognitiva (CFQ-C). El instrumento también proporciona una puntuación total. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos basada en los 15 días previos a la realización de la prueba. La escala ha mostrado una consistencia interna adecuada en su medida global (.89), así como en sus factores de fatiga mental y física (.82 y .85, respectivamente) (Chalder et al., 1993). Es un instrumento sensible a los cambios de tratamiento (Deale, Chalder, Marks, & Wessely, 1997). En esta investigación se utilizará la puntuación global de fatiga.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) (Ver anexo 7). Es una escala de 21 ítems que identifica síntomas relacionados con componentes de depresión cognitivos, conductuales, afectivos y somáticos. Cada ítem se puntúa en un rango de 0 a 3 según la intensidad, y se señala a los sujetos que respondan de la forma

que mejor describa sus propios sentimientos. Se pregunta a los sujetos que expresen, en una escala de 4 puntos, en qué medida han experimentado en la última semana, incluyendo el día presente, síntomas depresivos. La validez del constructo del BDI se confirma en un artículo de Beck, Steer y Garbin (1988). En España, las puntuaciones inferiores a 10 indicarían una depresión mínima; la puntuación entre 11 y 18, una depresión moderada; una puntuación entre 19 y 29, una depresión de moderada a grave; y una depresión grave con una puntuación entre 30 y 36 (Canals, Bladé, Carbajo & Domènech-Llaberia, 2001).

Community Assessment Psychic Experiences- 42 (CAPE- 42) (Stefanis et al., 2002) (Ver anexo 8). El instrumento CAPE se compone de 42 ítems que evalúan las dimensiones positiva (20 ítems), negativa (14 ítems), y depresiva (8 ítems) de los síntomas psicóticos. Cada pregunta se responde en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que oscila desde *casi nunca* (1) hasta *casi siempre* (4). En el caso que el participante elija las opciones de respuesta “*algunas veces*”, “*a menudo*” o “*casi siempre*”, debe indicar el grado de malestar que le produce tal experiencia en una escala tipo Likert de 4 puntos (0= “no me molesta nada”; 3= “Me molesta mucho”). Las puntuaciones de la versión española presentan niveles adecuados de fiabilidad; asimismo, se dispone de diferentes fuentes de validez que apoyan su uso como medida para la valoración del fenotipo psicótico en población general (Fonseca-Pedrero et al., 2012; Obiols, Barragán, Vicens, & Navarro, 2008; Ros-Morente, Vilagrà-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman, & Barrantes- Vidal, 2011).

Escala breve de valoración psiquiátrica, Brief Psychiatric Rating Scale –BPRS- (Lukoff, Liberman, & Nuechterlein, 1986) (Ver anexo 9). La BPRS es un instrumento de valoración de 24 indicadores psicopatológicos que se puntúan en una escala de 7 puntos, donde 1 significa ausencia de sintomatología y la puntuación de 7 psicopatología extrema. La escala tiene validez de constructo para el seguimiento de indicadores esquizofrénicos (Andersen, 1989). Se ha validado para población española con indicadores de fiabilidad α de .59 a .70, y fiabilidad retest de .70 (Peralta Martín & Cuesta Zorita, 1994). Para este estudio, y para agrupar los indicadores en dimensiones más amplias, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (rotación oblimin directo) para $N= 712$ (pacientes y controles). Los indicadores son favorables: $KMO= .89$ y esfericidad de Bartlett $p= .0001$. Se obtienen 4 factores, con autovalores superiores a 1,

que explican un 60.46% de la varianza. El primer factor, *Desorganización* (desorganización conceptual, excitación, comportamiento bizarro, elación, hiperactividad, distraibilidad), obtiene un $\alpha = .81$ global y $\alpha = .80$ para pacientes. El segundo factor, *Emocional* (preocupación somática, ansiedad, depresión, culpabilidad, hostilidad, tensión, conducta suicida), con $\alpha = .87$ global y $\alpha = .78$ para pacientes. El tercer factor, *Negativo* (orientación, retardo motor, afecto plano, manierismos, negativismo, indiferencia emocional, negligencia), con $\alpha = .79$ global y $\alpha = .78$ para pacientes. El cuarto factor, *Psicótico* (susplicacia, contenido inusual de pensamiento, grandiosidad, alucinaciones), con $\alpha = .81$ global y $\alpha = .81$ para pacientes.

Procedimiento

En primer lugar se realizó la traducción directa e inversa de la escala (Muñiz & Hambleton, 1996). Esta traducción se hizo a partir de un experto en clínica psicopatológica con un nativo experto y conocedor de la psicopatología clínica. Se aplicó a un grupo de diez alumnos para probar la comprensión de los ítems. Se recurrió a cinco especialistas en el ámbito clínico (cuatro psicólogos y un psiquiatra) que consideraron adecuada la escala y su traducción. Finalmente se aplicó de manera informal a cinco pacientes con diferentes diagnósticos para comprobar su comprensión y atender a los comentarios que hacían sobre la escala. Posteriormente, el instrumento ASI se aplicó primero a grandes grupos de la población general (alumnos y familiares) y, posteriormente, a población específicamente clínica, tanto en unidades de hospitalización como de atención de psicología clínica en general.

La investigación recibió el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad de Sevilla y la aprobación del Comité de Ética del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Los pacientes se seleccionaron de forma incidental (muestreo por accesibilidad) de un grupo de pacientes que recibían tratamiento en una Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva y de una clínica psicológica privada de Sevilla, así como a pacientes que se encontraban ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Huelva. El grupo de control se seleccionó de la población general utilizando la metodología de bola de nieve a partir de alumnos colaboradores y alumnos de Grado y Máster de la Universidad de Sevilla. La recogida de datos se desarrolló por un espacio de dos años.

Para el grupo de pacientes, los instrumentos de evaluación fueron entregados en la primera o segunda sesión de terapia en el siguiente orden: prueba de Evaluación inicial autoaplicada, Inventario ASI de Saliencia, SPSRQ, REF, GHQ-28, CFQ, BDI, CAPE. Los pacientes rellenaban estas escalas en la primera entrevista, bien tras la consulta o en su domicilio; en este último caso, devolvieron las pruebas en la siguiente sesión de terapia. La prueba BPRS fue aplicada en la sesión de entrevista por el profesional que lleva a cabo el proceso terapéutico. En el caso de la escala de apreciación BPRS se aplicó a los 227 pacientes de este estudio y a 485 controles con el fin de realizar el análisis factorial exploratorio que se presenta y hallar las dimensiones psicopatológicas globales.

A cada participante, independientemente del grupo de pertenencia, se le entregó un dossier preparado al efecto con las pruebas de evaluación, así como una hoja de información acerca del estudio y el consentimiento informado/revocación (ver anexo 10). Los sujetos participaron voluntariamente tras firmar un consentimiento, donde se les informaba del objetivo de la investigación y se pedía el permiso para utilizar sus datos de forma anónima y con fines de investigación. A ambos grupos se les proporcionó las mismas directrices: leer con atención las instrucciones de cada prueba antes de contestarla, sinceridad en la respuesta a las preguntas, y revisión de cada ítem para evitar que quedaran algunos en blanco. La investigadora intervino únicamente para resolver las dudas de manera neutral y sin incitar respuesta alguna.

Para el cálculo de la clase social se realizó el procedimiento que implica la categorización de la profesión y el nivel de estudios obteniéndose como resultado una puntuación de ambos conceptos en cada sujeto: el producto por 7 del valor asignado a la profesión más el valor indicado para el nivel de estudios multiplicado por 4 (Hollingshead, 1975).

El juicio clínico establecido sobre la población clínica lo realiza el profesional a cargo del mismo, además de varios profesionales, todos ellos especialistas y con al menos 20 años de experiencia clínica. Tanto en el nivel público como en el privado se realizaron los diagnósticos con los criterios diagnósticos del DSM- IV-TR (APA, 2000).

Procedimiento estadístico

Se comenzó por calcular los estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes) de las variables sociodemográficas cualitativas (sexo y estado civil) y variables clínicas (antecedentes de psicopatología, consumo de psicofármacos y unidad donde se realizaba el tratamiento terapéutico). Se calcularon descriptivos (medias y desviaciones tipo) para las variables sociodemográficas cuantitativas (edad e ICS) y para la variable clínica cuantitativa de equivalencia de clorpromazina. Se utilizaron las pruebas de F de Levene, prueba t para la comparación de medias y X^2 .

El análisis de la fiabilidad (consistencia interna) del inventario ASI se llevó a cabo mediante los siguientes estadísticos: el coeficiente de α de Cronbach, α de Cronbach dos mitades, coeficiente de Spearman-Brown, coeficiente de dos mitades de Guttman, correlación ítem-escala total mediante la correlación ρ de Spearman. Para medir la estabilidad test-retest se aplicó la r de Pearson.

Para el estudio de validez se han utilizado diferentes pruebas estadísticas. Para la validez de contenido se calculó la puntuación media del inventario ASI y su desviación estándar y, para cada ítem de la escala, se calcularon los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría y curtosis. En relación con la validez de criterio se utilizó el estadístico λ de Wilks y se halló la matriz de la confusión para establecer el número de casos correctamente situados a partir de su pertenencia al grupo y de la dimensión psicótica de la BPRS, así como la curva COR. Además, se estimó para cada condición el punto de corte. Para la validez concurrente se empleó la correlación de Pearson con otras medidas relacionadas con el constructo evaluado. Para la validez predictiva se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple teniendo en cuenta la saliencia aberrante (ASI) y las ideas de referencia (REF) sobre la dimensión psicótica de la BPRS. Se tomó el porcentaje de varianza explicada (R^2 corregida), la puntuación β y el estadístico t . Por último, para la validez de constructo se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio, analizando previamente la calidad métrica de los ítems y la adecuación muestral mediante KMO y el test de esfericidad de Bartlett. Asimismo, se empleó un análisis de la varianza con la saliencia aberrante y con la dimensión psicótica de la CAPE para la validez convergente. Con respecto a la validez discriminante, se realizó un análisis de covarianza a partir de diferentes cuadros y clases diagnósticas.

Para la consideración del tamaño del efecto de las variables participantes se tomará la η^2 parcial. Siguiendo la equivalencia establecida por Cohen (1988) entre la d y la correlación r , se elevará al cuadrado la d para establecer la equivalencia con la η^2 parcial. De esta forma, un tamaño del efecto bajo equivaldrá a una d^2 entre 0.04 y 0.24, un tamaño del efecto moderado oscilará entre una d^2 de 0.25 a 0.63, y un tamaño del efecto alto se considerará una d^2 por encima de 0.64 (Cohen, 1988).

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa SPSS 22 para Windows manteniendo un nivel de confianza mínimo del 95% ($p < .05$).

Resultados

Estadística descriptiva: Descripción de la muestra

Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra completa

La muestra analizada cuenta con un total de 1221 participantes. La distribución de la variable sexo fue de 35.9% varones y 64.1% de mujeres. En cuanto al estado civil se distribuye de la siguiente manera: 74% solteros, el 21.9% casados o en pareja, el 1.4% viudo y el 2.7% separado o divorciado. Las edades de los integrantes de la muestra estuvo comprendida entre 18 y 80 años, siendo la edad media de 30.26 ($DT= 13.08$). El índice de clase social estuvo comprendido entre 11 (clase social muy alta) y 84 (clase social muy baja), con una media total de 45.41 puntos (clase social media; $DT= 17.67$). Con relación a las variables clínicas se tuvieron en cuenta los antecedentes de psicopatología, el consumo de fármacos y la unidad donde se realizaba el proceso terapéutico. Del total de la muestra, el 2.8% habían presentado algún trastorno ya tratado con anterioridad, el 10% habían presentado clínica psicopatológica diferente al motivo de consulta actual, y el 87.2% no tenían antecedentes de psicopatología. A propósito de la prescripción de psicofármacos, el 84.6% no tenía indicada ningún tipo de medicación frente al 15.4 que sí la tenía prescrita. Del grupo de pacientes, el 23.35% se evaluaron en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental, el 24.23% en Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC), y el 52.42% en una consulta privada de Psicología clínica. Del grupo de comparación se excluyeron desde el principio las personas que, en el momento de la valoración, presentaban alguna psicopatología ($n= 20$).

Variables sociodemográficas por procedencias de las muestras

La distribución de las variables sociodemográficas varía en función de la procedencia de la muestra. En la tabla 1 puede observarse un resumen de dichas variables y también la equivalencia de clorpromazina para el grupo de pacientes o grupo clínico.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas y equivalencia de clorpromazina para la división de la muestra

Variables		Grupo de comparación	Grupo Clínico
Frecuencia (%)			
Género	Varón	331 (33.36)	107 (47.1)
	Mujer	661 (66.63)	120 (52.86)
Estado Civil	Soltero	745 (75.94)	149(65.64)
	Casado	205 (20.89)	59 (26)
	Viudo	7 (0.71)	10 (4.40)
	Separado	24 (2.44)	9 (3.96)
Variables		Media (DT)	
Edad		28.61 (12.33)	37.49 (13.82)
Índice de Clase social		44.19 (16.36)	50.95 (21.88)
Equivalencia de la clorpromazina		334.94(474.14)	

Entre ambos grupos hay diferencias de edad ($t(1219)= 8.903, p= .0001$), clase social ($t(1219)= 4.306, p= .0001$), en género ($X^2(1, 1221)= 15.215, p= .0001$), y estado civil ($X^2(3, 1221)= 24.242, p= .0001$). Dentro del grupo de pacientes hay diferencias según el dispositivo donde se han realizado las evaluaciones. Los participantes de menos edad se registran una consulta privada de Psicología Clínica, los de más edad en la Unidad de Hospitalización, y sin diferencias entre esta segunda categoría y la tercera de las Unidades de Salud Mental Comunitarias ($t_{1,2}(170)= -3.14, p= .002$) ($t_{1,3}(122)= -2.18, p= .030$) ($t_{2,3}(106)= 1.05, p= .292$). Idénticas diferencias se aprecian en cuanto a clase social entre los subgrupos de pacientes ($t_{1,2}(170)= -9.67, p= .0001$) ($t_{1,3}(122)= -7.49, p= .000$) ($t_{2,3}(106)= 1.37, p= .174$). Se registran diferencias en cuanto al género

($X^2(1, 227)= 15.215, p= .0001$), y estado civil ($X^2(3, 227)= 24.242, p= .0001$) en estos subgrupos de pacientes.

Análisis preliminares

Dado que se van a realizar análisis con variables clínicas que inevitablemente conllevan un sesgo y una distribución particular en sus puntuaciones, se consideró que, con un tamaño muestral grande, valores de asimetría < 3 en todas las medidas utilizadas (de .073 en SC a 2.67 en la *Dimensión negativa de la BPRS*), y valores de curtosis < 10 en todas las variables (de -.904 en SC a 9.64 en *Dimensión desorganizada de la BPRS*), las puntuaciones se ajustaban razonablemente bien para realizar las diferentes operaciones. Todas las puntuaciones directas fueron tipificadas dividiéndola por el número de ítems para realizar las comparaciones entre las pruebas.

Análisis de Fiabilidad del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Consistencia interna

El coeficiente α para el inventario de saliencia ASI es de .90, para toda la muestra. El α de Cronbach está por encima de .89 si se suprime alternativamente cada elemento que lo compone, por lo que no mejora la consistencia suprimiendo ítem alguno. En el grupo control el coeficiente α es de .88 (con un α de Cronbach de .88 eliminando cada ítem), y en el grupo de pacientes de .89 (α de Cronbach superior a .89 si se elimina cada ítem).

Al realizar el procedimiento de las dos mitades se ha hallado un α de .81 para los primeros 15 ítems, y de .83 de los ítems 16 al 29. También se ha realizado la correlación de cada ítem con el total del inventario ASI mediante la correlación de ρ de Spearman, siendo los resultados estadísticamente significativos para $p<.01$, con valores comprendidos entre .36 y .66. Ver en la tabla 3 diferentes estadísticos relativos a la fiabilidad del inventario ASI.

Estabilidad test-retest

La estimación de la fiabilidad del inventario de saliencia en una unidad de tiempo se basó en las respuestas de submuestras extraídas de las muestras principales. De esta manera, el grupo clínico se basó en las respuestas de 30 pacientes con diferentes cuadros diagnósticos (fundamentalmente de pacientes de la unidad de hospitalización) y

en las respuestas de 228 personas correspondientes al grupo de comparación. Los datos sociodemográficos de estos dos grupos de comparación se muestran en la tabla 2. El inventario ASI se administró en dos ocasiones con un intervalo entre ellas de nueve días en el grupo clínico y de una semana en el grupo control. El inventario ASI tiene una moderada fiabilidad test-retest en el grupo clínico ($r = .65, p < .01$) y, en el grupo de comparación, una alta fiabilidad test-retest ($r = .81, p < .01$).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos para el análisis del test-retest del inventario ASI: sexo, estado civil y edad.

Variables		pacientes n=30 %	Controles n=228 %
Sexo	Varones	60	42.1
	Mujeres	40	57.9
Estado Civil	Soltero	63.3	68.4
	Casado/Pareja	20	26.3
	Separado	6.7	2.2
	Viudo	10	0.9
		<i>Media</i> (rango)	<i>Media</i> (rango)
Edad		40.2 (21-67)	33 (18-80)

Tabla 3.

Resumen de los índices de fiabilidad del Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) y correlación (Spearman) de cada ítem con el global de la escala

Índices de fiabilidad	Grupo	
	Pacientes	Controles
α de Cronbach	.90	
α 1 (primera mitad)	.81	
α 2 (segunda mitad)	.83	
α de Cronbach	.89	.88
α 1 (primera mitad)	.79	.79
α 2 (segunda mitad)	.84	.81
Coefficiente de Spearman- Brown	.89	
Coefficiente de Spearman-Brown	.88	.87

Coeficiente dos mitades de Guttman	.89	
Coeficiente dos mitades de Guttman	.88	.87
Test-retest	.65	.81
Correlación ítem- total del Inventario ASI		
1=.59	6=.60	11=.56
2=.54	7=.42	12=.52
3=.54	8=.36	13=.41
4=.42	9=.49	14=.46
5=.53	10=.49	15=.47
16=.62	21=.52	26=.59
17=.57	22=.52	27=.54
18=.49	23=.39	28=.58
19=.36	24=.48	29=.66
20=.45	25=.53	

Nota. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas para $p < .01$

Validez de contenido del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

La media de la puntuación total del inventario ASI es de .371 ($DT = .231$) con una varianza de .053, asimetría de .307 (error estándar de .70), y el valor de curtosis de -.703 (error estándar de .14). Cuando se consideran las puntuaciones directas y para toda la muestra ($N = 1221$), la media es de 10.78 puntos, ($DT = 6.70$). En la tabla (ver anexo 11) se muestran los resultados de los 29 ítems del inventario de saliencia en sus puntuaciones directas. Destaca que la totalidad de los ítems se ajustan bien en sus puntuaciones. Sobresale la asimetría del ítem 19 que es > 3 , y la curtosis de los ítems 19 y 23, aunque en ambos casos es < 10 . Con respecto a las varianzas en los ítems 19 y 23 son más bajas, el resto son adecuadas. Se observa una tendencia leptocúrtica en los ítems.

Validez de criterio del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Para el análisis central de la validez de criterio se partió de la condición grupo de pertenencia (variable asignada bajo decisión clínica: paciente y control). De este análisis se obtuvo, para la muestra clínica con puntuaciones directas en la prueba ASI, un promedio de $\bar{x} = 15.61$ puntos, $DT = 7.03$ e $IC95\%$ de 14.71 a 16.51 y, para el grupo control, una $\bar{x} = 9.68$, $DT = 6.11$ e $IC95\%$ de 9.31 a 10.05. Para su cálculo se ha tenido en cuenta el tamaño grupal de cada submuestra ($n = 227$ y $n = 994$, respectivamente). De este modo, se señala que en el grupo de pacientes la puntuación media fue mayor de manera estadísticamente significativa con respecto a la del grupo de control (λ de Wilks = .88; $g.l. = 1$; $p = .0001$) y los intervalos de confianza del 95% no se solapan. El

autovalor de la función= .13; *correlación canónica*= .34). Con este procedimiento el 83% de los casos se clasificaron correctamente. Sin embargo, la predicción que se puede hacer de los casos en función de la puntuación del inventario ASI no es del todo satisfactoria: 98% de verdaderos negativos (2% de falsos negativos); y 19.4% de verdaderos positivos (80.6% de falsos positivos), resultando el valor predictivo positivo de .19 y el valor predictivo negativo de .98.

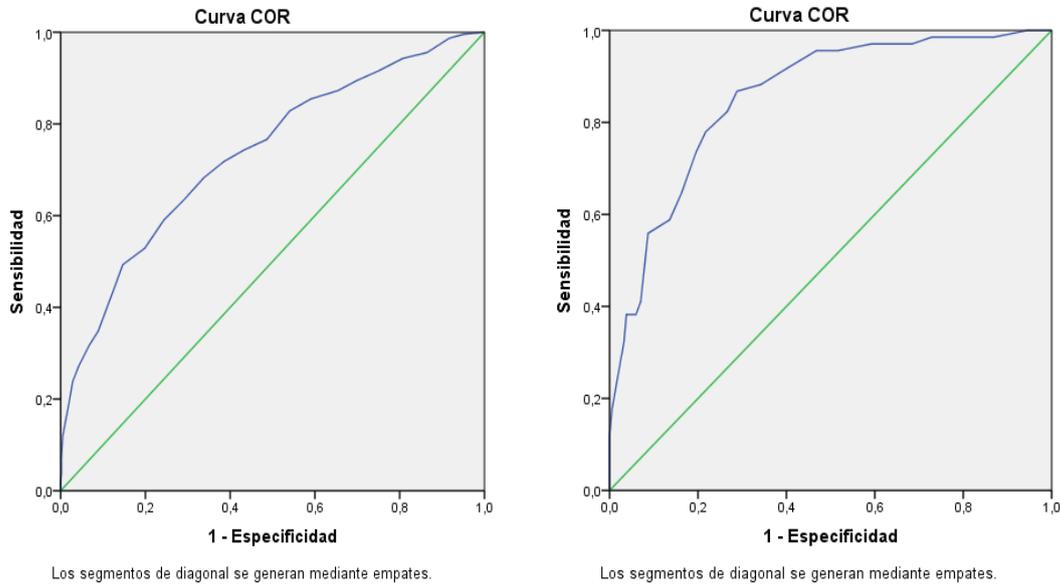
Asimismo, se llevó a cabo este análisis a partir de la dimensión psicótica de la escala BPRS, tomando como criterio la puntuación promedio en dicha medida: 1.7 puntos (de los distintos indicadores de esta dimensión), asignación realizada a partir de una decisión clínica sobre la muestra de pacientes. Para la submuestra con niveles inferiores a 1.7 puntos, se ha obtenido en la prueba ASI una \bar{x} = 8.92, DT = 5.80, e $IC95\%$ de 8.08 a 9.76 y, para el grupo con niveles iguales o superiores a 1.7 en la dimensión psicótica, la puntuación en ASI es de \bar{x} = 18.05, DT = 6.09, e $IC95\%$ de 16.6 a 19.5. El resultado fue estadísticamente significativo (λ de Wilks= .67; $g.l.$ = 1; p = .0001). El *autovalor* de la función= .48; la *correlación canónica* de .57. Los casos se clasificaron correctamente con un porcentaje del 81.7. En este caso, la predicción de caso a partir de la puntuación del inventario ASI mejora sensiblemente: 91.3% de verdaderos negativos (8.7% de falsos negativos); y 55.9% de verdaderos positivos (44.1% de falsos positivos) siendo el valor predictivo positivo de .91 y el valor predictivo negativo de .56.

Se aplicó la curva paramétrica COR de la puntuación total del inventario de saliencia teniendo el grupo de procedencia como variable de referencia (pacientes vs. controles) arrojando un resultado aceptable sobre la precisión diagnóstica de la ASI (*Área*= 0.73; *error estándar*= .019; p = .0001; $IC95\%$: 0.70-0.77). No obstante, la precisión diagnóstica mejoró cuando el patrón de referencia fue la dimensión psicótica de la BPRS (*Área*= 0.86; *error estándar*= .026; p = .0001; $IC95\%$: 0.80-0.91).

A partir de los cálculos anteriores se establecieron los puntos de corte para la puntuación total del inventario ASI y en función de los dos criterios de clasificación utilizados: grupo de procedencia (pacientes vs controles) y dimensión psicótica (BPRS). Dados los resultados anteriores, se estableció el punto de corte para el criterio de grupo de procedencia en un total de 15 puntos (ítems) y para el criterio de la dimensión psicótica en 12 puntos (ítems). Ver gráfica 2 y tabla 4.

Gráfica 1.

Representación gráfica de las curvas COR en función de las dimensiones de especificidad y sensibilidad



Nota. La curva de la izquierda corresponde con el criterio de grupo de pertenencia y la curva de la derecha con el criterio de la dimensión psicótica (BPRS).

Tabla 4.

Puntos de corte para grupo de procedencia (pacientes v. controles) y dimensión psicótica

	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Grupo de procedencia	15	.59	.76
Dimensión psicótica	12	.87	.71

Validez concurrente del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Para investigar la validez concurrente del Inventario ASI se ha recurrido a la correlación de Pearson con otras variables reconocidas previamente. Como se observa en la tabla 5, el inventario ASI correlacionó significativamente con el cuestionario REF para la frecuencia de ideas de referencia y con todas las dimensiones de la BPRS, principalmente, la psicótica y desorganizada. De un modo similar, sobresale la relación con el factor psicótico de la escala CAPE. En suma, como puede verse en la tabla 5, las correlaciones entre el inventario de saliencia y aquellas escalas que evalúan

dimensiones con un contenido teórico similar o más puramente psicóticas como la escala REF, las dimensiones psicótica y desorganizada de la BPRS, y el factor psicótico de la escala CAPE oscilan entre .55 y .61. Mientras que las correlaciones entre las subescalas que pretenden medir dimensiones diferentes de la dimensión psicótica son más bajas, situándose la mayoría de ellas en un rango entre .37 y .49. Una excepción se da con respecto al cuestionario CFQ de Fatiga, con una correlación elevada sin medir específicamente psicosis, como se comentará en el apartado de discusión.

Tabla 5.

Correlaciones del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Variables	ASI
REF (N=1215)	.56
BPRS Psicótica (N= 712)	.61
BPRS Desorganizada (N= 712)	.55
BPRS Negativa (N= 712)	.37
BPRS Emocional (N= 712)	.47
SC (N= 719)	.41
SR (N= 719)	.43
BDI (N= 257)	.49
CFQ (N= 139)	.55
GHQ-28 (N= 907)	.39
CAPE Negativa (N= 202)	.39
CAPE Psicótica (N= 202)	.55
CAPE Depresiva (N= 202)	.39

Nota. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas para $p < .01$. REF= *Escala de Pensamiento Referencial*, BPRS= *Escala Breve de Valoración Psiquiátrica y dimensiones*, SC= *Sensibilidad al castigo*, SR= *Sensibilidad a la recompensa*, BDI= *Inventario de Depresión de Beck*, CFQ= *Cuestionario Chalder de Fatiga*, GHQ= *Cuestionario de Salud General de Goldberg*, CAPE= *Escala para la Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas*.

Validez predictiva del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

En el caso de la validez predictiva, el análisis de regresión lineal múltiple (por pasos) indica que el inventario ASI predice un 43% de explicación de la varianza de la dimensión psicótica (BPRS) como variable de medida ($\beta = .655$; $t = 13.37$, $p < .01$). En el segundo paso de la regresión se incorpora la puntuación en la escala de ideas de

referencia (REF), alcanzando el conjunto un 47.2% de la explicación de la varianza. En el caso del inventario ASI el coeficiente estandarizado $\beta = .470$; $t = 7.64$, $p < .01$ (IC95%, .045-.076), y en el caso de la escala REF, $\beta = .287$; $t = 4.65$, $p < .01$ (IC95%, .025-.061). El ANOVA realizado indica una relación estadísticamente significativa, en el que ambas variables contribuyen al cambio y la predicción de la dimensión psicótica, en mayor medida la saliencia aberrante ($F = 108.017$; $p < .01$), dándose independencia de los residuos de las medidas utilizadas (Durbin-Watson = 1.6), y un nivel de tolerancia aceptable en ambas medidas (.583), por lo que la relación entre las medidas no indica colinealidad.

Validez de constructo del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Para medir la validez de constructo de forma global se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE). La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin, alcanza un valor de .94. El test de esfericidad de Bartlett arroja un valor de $X^2 = 9326.74$ ($p < .01$), por lo que descartamos que se trabaja con una matriz de identidad y, en consecuencia, la matriz de correlaciones puede ser factorizada.

Se han observado los autovalores extraídos para cada uno de los factores mediante la regla Kaiser (autovalores > 1) y siguiendo la inspección visual del gráfico de sedimentación. Se extrajeron cinco factores (método de componentes principales) que consiguen explicar un 45.92% de la varianza. Para maximizar las diferencias entre factores y de minimizar el número de variables que saturan alto en un factor se llevó a cabo una rotación *equamax*.

En la tabla 6 se presentan las saturaciones $> .35$ de los ítems de cada factor (Floyd & Widaman, 1995). El primer factor quedó conformado por 8 ítems y contenidos relativos a un aumento en la relevancia de cosas que habitualmente no la tenían, *significado incrementado*, con un autovalor en la rotación de 3.10 (10.71% de varianza explicada); el segundo factor, queda integrado por 4 ítems y refiere *agudización de los sentidos*, autovalor de 2.75 (9.49% de explicación de la varianza); el tercer factor compuesto por 5 ítems, recoge contenidos acerca de la *comprensión inminente* y obtiene un autovalor de 2.70 (9.335% de explicación de varianza); el cuarto factor presenta 4 ítems y en él se alude a una *cognición incrementada*, autovalor de 2.45 y 8.47% de la varianza explicada; el quinto factor tiene 7 ítems y engloba preguntas acerca de *emociones*

incrementadas, autovalor de 2.29 (7.91% de varianza explicada). De esta manera, se observa que únicamente el ítem 25 no satura en ningún factor por encima de .35.

Tabla 6.

Matriz de componentes rotados (equamax) de los ítems del Inventario de Saliencia Aberrante ASI (N=1221)

Ítems	I	II	III	IV	V
29. ¿A veces notas que cosas a las cuales antes no prestabas atención, tienen un significado especial?	.63		.37		
5. ¿A veces notas que pequeños detalles a los cuales antes no echabas cuenta parecen importantes?	.65				
1. ¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales, de pronto adquieren una importancia o significado especial para ti?	.58				
9. ¿Algunas veces pasas por periodos de mayor sensibilidad (o que te das más cuenta de cualquier cosa)?	.59				
27. ¿Algunas veces has llegado a interesarte por personas, sucesos, lugares, o ideas que normalmente no te llaman la atención?	.54				
16. ¿Algunas veces atribuyes importancia a objetos o cosas que normalmente no darías?	.50		.37		
15. ¿Pasas por periodos en los que las canciones parecen tener un significado importante en tu vida?	.49				
10. ¿Has sentido alguna vez la necesidad de dar sentido a situaciones o sucesos aparentemente azarosos o casuales?	.35				
12. ¿Algunas veces sientes que puedes oír con mayor claridad?		.75			
3. ¿Sientes algunas veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?		.75			
18. ¿Te ha parecido alguna vez que tu sentido del gusto era más agudo o preciso?		.69			
22. ¿Alguna vez tus sentidos (vista, oído, etc.) llegan a parecer extremadamente fuertes o claros?		.69			
17. ¿Sientes algunas veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?			.71		
2. ¿Sientes a veces que estás cerca o a punto de algo realmente importante, pero no estás seguro de qué es?			.61		
6. ¿A veces sientes que es importante para ti comprender algo, pero no estás seguro de qué es o a qué te refieres?			.55		
11. ¿Te sientes a veces como si encontrases la pieza perdida de un rompecabezas?			.45		
21. ¿A menudo te sientes fascinado o atraído por las cosas sin importancia que te rodean?			.39		
13. ¿Sientes a veces que eres una persona con una espiritualidad especialmente desarrollada?				.72	
19. ¿Has sentido alguna vez como si los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?				.69	
7. ¿Pasas alguna vez por periodos en los que te sientes especialmente religioso o místico?				.59	
23. ¿Sientes alguna vez como si el mundo entero se te estuviese abriendo hacia ti?				.60	

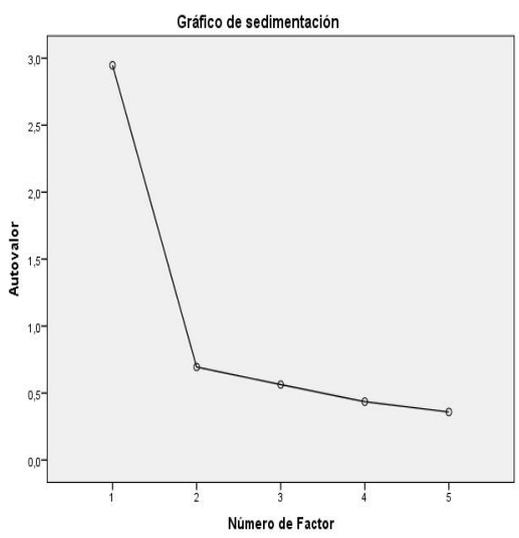
8. ¿Has tenido alguna vez dificultad en distinguir si has estado emocionado, asustado, apenado, o ansioso?		.57
24. ¿Has sentido en algún momento que has perdido los límites entre tus sensaciones internas y externas?		.56
20. ¿Pasas por periodos en los que te sientes sobreestimulado o saturado por cosas o experiencias que normalmente son manejables?	.39	.56
4. ¿Has sentido alguna vez como si te acercaras rápidamente al tope de tu capacidad intelectual?		.52
26. ¿Alguna vez has sentido una urgencia inexpresable, y no estás seguro de qué hacer?		.46
14. ¿Las observaciones más habituales o cotidianas tienen a veces un significado negativo o de mal agüero?		.44
28. ¿En algún momento tus pensamientos y percepciones van más rápido de lo que pueden asimilarse?		.37

Nota. Las cargas factoriales inferiores a .35 han sido eliminadas. Los números romanos corresponden a los factores de primer orden. I= Significado incrementado, II= Agudización de los sentidos, III= Comprensión inminente, IV= Cognición incrementada, V= Emociones incrementadas

Posteriormente, se realizó un análisis factorial de segundo orden, con el método de rotación tanto *equamax* como *varimax*, y extracción mediante componentes principales. Los resultados sugieren considerar que el Inventario ASI cuenta con un único factor de segundo orden que explica el 49.2% de la varianza, que sería realmente el constructo de saliencia. Véase gráfica 2.

Gráfica 2.

Gráfico de sedimentación de la rotación de segundo orden para el Inventario de Saliencia Aberrante (ASI)



Validez convergente del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Para el análisis de la validez convergente se consideró una prueba conocida y validada con población general como la CAPE, en su dimensión psicótica. Con una submuestra de población general se calcularon dos niveles para la prueba ASI a partir de la media más una desviación. El análisis de la varianza fue estadísticamente significativo, $F(1, 201) = 48.156$, $p = .0001$, con un tamaño de efecto de .19 y 19% de varianza explicada de las puntuaciones en la dimensión psicótica, siendo más elevadas las puntuaciones correspondientes a la categoría de saliencia aberrante elevada.

Validez discriminante del Inventario de Saliencia Aberrante ASI

Para el análisis de la validez discriminante, se llevaron a cabo análisis de la covarianza entre diferentes diagnósticos clínicos específicos sobre la medida de saliencia aberrante. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías ($F(6, 138) = 1.867$; $p = .095$), resultado con homogeneidad de la varianza ($F_{Levene} = 2.019$; $p = .070$), con un tamaño de efecto de .11, y con la covarianza de equivalente en clorpromazina no significativa ($F = 1.753$, $p = .189$). Los pacientes con mayor puntuación directa en ASI fueron los que presentaron esquizofrenia paranoide ($\bar{x} = 19.15$; $DT = 5.45$) y los que se diagnosticaron con un trastorno psicótico breve ($\bar{x} = 18.12$; $DT = 10.16$), siendo los valores más bajos los correspondientes al trastorno depresivo mayor ($\bar{x} = 13.53$; $DT = 7.35$). Otros valores fueron: trastornos de personalidad ($\bar{x} = 15.00$; $DT = 6.12$), trastorno de angustia con agorafobia ($\bar{x} = 15.77$; $DT = 5.65$), trastorno obsesivo-compulsivo ($\bar{x} = 16.60$; $DT = 5.85$), y trastorno delirante ($\bar{x} = 16.81$; $DT = 4.97$).

Cuando se realizaron el análisis de la covarianza con cuatro las grandes clases diagnósticas como variable predictora (personalidad, estado de ánimo, ansiedad, y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, por contar con el mayor número de casos), se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 200) = 7.509$; $p = .0001$) entre las categorías, resultado con homogeneidad de la varianza ($F_{Levene} = 1.564$; $p = .201$), tamaño de efecto η^2 parcial = .14, y covarianzas no significativas de equivalente en clorpromazina ($F = 1.952$, $p = .165$) y edad ($F = 1.952$, $p = .165$). Este conjunto explica el 13.2% de la varianza. Las clases diagnósticas presentaron promedios (puntuación directa) estadísticamente diferentes a partir del análisis post hoc de *Bonferroni*,

separando la categoría de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($\bar{x}= 17.99$; $DT= 6.63$) de los Trastornos del estado de ánimo ($\bar{x}= 13.10$; $DT= 7.83$) y los Trastornos de ansiedad ($\bar{x}= 14.02$; $DT= 6.17$).

Cuando se considera un pequeño subgrupo de pacientes sólo con trastornos de la personalidad ($n= 21$), los resultados no indican diferencias estadísticamente significativas entre las categorías ($F(3, 26)= 0.713$; $p= .553$), resultado con homogeneidad de la varianza ($F_{Levene}= 1.762$; $p= .179$) y un tamaño de efecto de .08. Los pacientes con mayor puntuación en el inventario ASI fueron los que presentaron trastorno esquizotípico de la personalidad ($\bar{x}= 18.28$; $DT= 5.08$) y los valores más bajos se dieron en la forma no especificada de trastorno de la personalidad ($\bar{x}= 13.00$; $DT= 8.24$).

En la tabla 7 se presenta un resumen descriptivo de los principales resultados obtenidos con el Inventario de Saliencia Aberrante (ASI).

Tabla 7.

*Resumen de las propiedades psicométricas del Inventario de Saliencia Aberrante (ASI)
en su proceso de adaptación y validación*

Propiedades psicométricas	Resultados obtenidos
<i>Fiabilidad</i>	
Consistencia interna	Alta fiabilidad
Estabilidad test-retest	Moderada-alta estabilidad
<i>Validez de contenido</i>	
Validez de contenido	Moderada buena
<i>Validez de criterio</i>	
Validez de criterio	Mayor validez con dimensión psicótica. Punto de corte 15 según grupo de procedencia y 12 para dimensión psicótica
Validez concurrente	Correlaciones positivas y moderadas con escalas que miden psicosis
Validez predictiva	Predice dimensión psicótica
<i>Validez de constructo</i>	
Validez de constructo	Cinco factores en primer orden. No segundo orden: Unidimensional
Validez Convergente	Relación significativa con la dimensión psicótica de CAPE
Validez Discriminante	Diferencia clases diagnósticas

Discusión

Los resultados de este trabajo apoyan la aplicabilidad del Inventario de Saliencia Aberrante ASI en la población general y clínica. Esta adaptación que se presenta alcanza propiedades psicométricas similares a las obtenidas en el estudio previo realizado por los autores que diseñaron el inventario (Cicero et al., 2010). Además, los resultados del presente estudio apoyan y amplían los datos disponibles hasta el momento, tanto en lo referido al número total de participantes en el estudio como en el número de pacientes con diagnósticos de psicosis. Asimismo, se llevaron a cabo otros análisis psicométricos como la fiabilidad test-retest en las dos muestras y la validez predictiva para aumentar la información previa disponible del inventario.

El principal objetivo del presente trabajo fue examinar las propiedades psicométricas del ASI en la población general y en la población clínica. La consistencia interna hallada ha sido muy similar a la reportada por Cicero et al. (2010). En la submuestra de propensión a la psicosis por parte de los autores de la escala, se obtiene una consistencia de .91, próxima a la obtenida con la población clínica que se presenta en este estudio (.89), a pesar de que se contó con una mayor variedad de cuadros clínicos (no sólo del espectro psicótico). La consistencia interna en la población general en el estudio original de Cicero et al. es de .80, siendo en este estudio de .88. En consecuencia, los valores indican una buena consistencia interna del inventario.

La fiabilidad test-retest hallada ha sido moderada-alta, por lo que se puede administrar el inventario ASI de forma segura en distintos momentos. De esta manera, se apoya la hipótesis número 1. No existen análisis previos en este sentido para esta medida, si bien, los autores del instrumento indicaban que en futuros estudios deberían llevarse a cabo. Los resultados obtenidos en el estudio que se presenta sugieren, cuando se considera un grupo de pacientes principalmente de la unidad de hospitalización, que la fiabilidad se mantiene a pesar de que el estado clínico del paciente varíe. No se ha desarrollado un diseño prospectivo en este sentido y puede ser muy relevante valorar el cambio de esta medida en función de la clínica que presenta cada evaluado.

Se han realizado diferentes análisis para establecer la validez. En relación con la validez de contenido se ha demostrado una adecuada validez de los ítems del inventario ASI, por lo que se cumple la hipótesis 2. Se observa una tendencia leptocúrtica en los ítems, lo cual indica que no hay puntuaciones extremas y que contradice la distribución normal de los ítems que fue hallada en el trabajo original. Asimismo, la distribución de frecuencias de los ítems de la escala no ha señalado que ninguno de los mismos haya alcanzado un porcentaje elevado, por ejemplo superior al 80%, como en el trabajo original (Cicero et al., 2010). El inventario ASI presenta menores niveles de asimetría y de curtosis que las escalas que evalúan propensión a la psicosis (por ejemplo, la Escala de Ideación Mágica de Eckbald y Chapman (1983).

En cuanto a la validez de criterio, el inventario ASI parece ser una escala útil tanto para la población general como para la población clínica (se cumple la hipótesis 3). Se demuestra que la experiencia de saliencia aberrante sucede también en la población general. La media en la población de comparación en el inventario ASI ha sido de 9.68 (puntuación directa), lo cual indica que han contestado afirmativamente un promedio de 10 ítems. Esto es consistente con el trabajo de Cicero et al. (2010), aunque en el presente trabajo la media en población general es algo más baja (13.73 vs 9.68), y con las investigaciones previas sobre la prevalencia de los síntomas psicóticos en población general (Van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000). No obstante, parece ser un instrumento más preciso en la muestra de pacientes que de controles, por lo que se apoya la hipótesis número 4. Bajo las dos condiciones que se abordaron (grupo de pertenencia y dimensión psicótica) se halla un elevado porcentaje de falsos positivos, a pesar de que en ambos el porcentaje que logra clasificar es adecuado (se cumple hipótesis número 5). Una posible explicación es que la muestra clínica no era exclusivamente de pacientes del espectro psicótico; quizá si se hubiese acotado a dicha expresión clínica los resultados podrían ganar en precisión. Otra posibilidad, es que ocurra como en las medidas que identifican personas con riesgo de desarrollar psicosis o de propensión a la psicosis como la Escala de Ideación Mágica, Escala de Aberración Perceptual y Escala de Pensamiento Referencial (Chapman et al., 1994; Hanssen, Krabbendam, Vollema, Delespaul, & Van Os, 2006), en las cuales también se ha documentado un alto índice de falsos positivos. Por este motivo, se ha controlado el nivel de especificidad en la selección del punto de corte en la población general, manteniendo una sensibilidad adecuada. En este sentido, ha de recalarse que el

inventario de saliencia es una herramienta quizá con un uso de cribado (screening). Recientemente se ha constatado la utilidad de las entrevistas de evaluación pormenorizadas con los criterios de riesgo para la psicosis (con más sensibilidad que especificidad) y, sin embargo, cuando se aplican sobre población general que no ha pedido ayuda clínica, incluso estas herramientas más precisas alcanzan escasa capacidad predictora (Fusar-Poli et al., 2015a).

En cuanto a la validez concurrente, las correlaciones halladas con otras medidas sugieren, como se predecía, mayores correlaciones con las escalas que miden aspectos relacionados con la dimensión psicótica, como la REF, la subescala psicótica de la CAPE, y las dimensiones psicótica y desorganizada de la BPRS (se verifica la hipótesis número 6). Al igual que en el estudio original de la escala y en trabajos posteriores, el inventario ASI se ha asociado mediante correlaciones positivas y moderadas-altas con escalas que evalúan dimensiones psicóticas (Cicero et al., 2010; 2013). En este sentido, la correlación del ASI hallada por el equipo de Cicero (2010) sobre la REF fue de .41, siendo en este trabajo de .56, por lo que se constata que se encuentra fuertemente relacionada con la presencia de ideas de referencia, siendo la escala REF de pensamiento referencial uno de los mejores instrumentos para la evaluación de propensión a la psicosis (Lenzenweger, 1994).

La saliencia aberrante está asociada tanto con la clínica psicótica positiva como negativa, ya que se ha demostrado también la asociación con las dimensiones negativas de la BPRS y de la CAPE. Este dato no es consistente con el modelo teórico que sugiere que la saliencia aberrante sólo se relaciona con la clínica positiva (Cicero et al., 2013; Kapur, 2003). Sin embargo, sí es congruente con lo afirmado por Van Os, quien plantea la psicosis como un trastorno de la saliencia por una combinación de puntuaciones en dimensiones o síndromes: psicótica, desorganizada y negativa. Este autor señala que podría darse un diagnóstico de psicosis con expresión afectiva (predominancia de síntomas depresivos y/o maníacos); psicosis con déficit cognitivo/negativo (síntomas negativos y del neurodesarrollo); psicosis no especificada (síntomas desorganizados y positivos) (Van Os et al., 2009). No obstante, en nuestro trabajo se ha encontrado que el valor de la correlación es más claro para las dimensiones psicótica y desorganizada, por lo que la relación es con la sintomatología positiva en general. Con todo, el proceso de asignación de relevancia estimular o de saliencia aberrante también puede explicar la

sintomatología de índole negativa de la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos, puesto que los estímulos que favorecen la motivación o que indican recompensa quedan mitigados (sintomatología negativa) por un raudal de estímulos aberrantes que conducen al paciente al desconcierto y, crónicamente, a la inacción (Roiser et al., 2009; Roiser, Stephan, den Ouden, Friston, & Joyce, 2010; Seamans & Yang, 2004; Winterer & Weinberger, 2004). Este trabajo muestra que la saliencia aberrante está relacionada con la sintomatología de índole emocional y desorganizada, lo cual parece ser una consecuencia natural al cambio en la experiencia de cómo se percibe el mundo, en el primer caso (Grace, 2012; Winton-Brown et al., 2014), y una muestra de la gravedad debida a la desorganización de las funciones psíquicas, en el segundo. La saliencia aberrante no sería por tanto, únicamente un indicador de síntoma psicótico, sino también de desorganización de las funciones, que es lo que sorprende y llama la atención del paciente (haga o no atribuciones de lo que le sucede). En este sentido, se podría interpretar cómo alteraciones de la experiencia subjetiva, no sólo incumbe síntomas psicóticos, sino engloba anomalías que tienen que ver con el sentido de ser uno mismo, de la percepción cambiada de lo que le rodea y del propio ser (Parnas et al., 2003; Sass & Parnas, 2003). En consecuencia, se puede predecir que cuanto más evidente y persistente sea la saliencia aberrante, mayor presencia se hallará de desorganización cognitiva y probablemente comportamental.

Un resultado inesperado lo obtenemos con la evaluación de la percepción de fatiga (CFQ), sugiriendo una relación entre la saliencia aberrante y la fatiga, tanto física como mental. La correlación entre el inventario de saliencia y la percepción de fatiga podría deberse, tal y como señaló Kretschmer, por una base constitucional o una tendencia biológica al agotamiento y a una elevada labilidad reactiva, la cual configuraría un carácter que este autor denominó sensitivo de tipo asténico, frente a un tipo sensitivo esténico -más agresivo o expansivo- (Kretschmer, 1966; Rodríguez-Testal, Perona-Garcelán, Senín-Calderón, García-Jiménez, Álvarez-García, & Núñez-Gaitán, 2015). Es posible que esta relación tenga que ver con indicadores de sintomatología negativa, que se conectan con la percepción de fatiga y, en consecuencia, con la saliencia aberrante, como se ha dicho antes para la dimensión negativa.

También se ha mostrado que la saliencia aberrante correlaciona positivamente con una escala que está asociada con la función dopaminérgica: sensibilidad a la recompensa

(SPSRQ). Lo cual parece sugerir que la saliencia puede estar asociada con un incremento en la activación o aproximación conductual. No obstante, las correlaciones halladas son menores de las encontradas con las que evalúan psicosis. Este dato también es consistente con lo hallado en investigaciones previas que analizan la asociación entre escalas que evalúan la activación / inhibición conductual con la función dopaminérgica, y se sugiere que las correlaciones no son más elevadas dado que las escalas están asociadas con el neurotransmisor de la dopamina sólo de forma moderada; de esta manera se entiende que el ASI no logre mayores correlaciones con las escalas que miden activación comportamental (Cicero et al., 2010; Scholten, van Honk, Aleman, & Khan, 2006).

Con respecto a la validez predictiva se ha obtenido que el inventario ASI contribuye al cambio y la predicción de la dimensión psicótica, en mayor medida que la REF (ideas de referencia). De esta manera, se cumple la hipótesis 7. No obstante, no parece que la saliencia aberrante, de forma exclusiva, pronostique la clínica psicótica, sino que contribuye a la misma de forma relevante, en consonancia con investigaciones previas (Cicero et al., 2010; 2013).

Del análisis factorial aplicado sobre los ítems del inventario ASI han resultado varios factores independientes, predicción general de la que se partía (hipótesis 8) y que está en consonancia con el trabajo de los creadores de la escala (Cicero et al., 2010). De esta manera, el análisis factorial ha proporcionado cinco factores que representan matices de la conceptualización de la saliencia aberrante (Kapur, 2003). Los cinco factores hallados por los creadores de la escala fueron: significado incrementado, agudización de los sentidos, comprensión inminente, cognición incrementada, emociones incrementadas, que explican el 39% de la varianza común. El porcentaje de varianza explicada en este estudio alcanza el 45.92% y al igual que en el trabajo original el factor I es el que obtiene mayor porcentaje de varianza. Dada la alta coincidencia y similitud con el trabajo pionero se decidió mantener la máxima similitud en el nombre de los factores. El hecho de que no se pudiera llevar a cabo el análisis de segundo orden sugiere que el ASI posee un único factor de segundo orden, lo cual es consistente con la conceptualización original del constructo. Los cinco factores son dimensiones de una única experiencia: la saliencia aberrante (se cumple la hipótesis 9). Por tanto, es posible sumar los ítems sobre el total de la escala para proporcionar una puntuación total del

inventario ASI, en lugar de realizar el cálculo de cada subescala (D. M. Rubio, Berg-Weger, & Tebb, 2001).

Al examinar la validez convergente se observa, como se predijo en la hipótesis 10, que en la muestra de población general se obtienen correlaciones con la dimensión psicótica y más cuanto mayor es la puntuación en la saliencia aberrante. Por tanto, este constructo se evidencia en la población general (Egerton et al., 2013), se entiende que por la propia naturaleza de sensibilidad hacia los estímulos; quizá el uso de instrumentos como el ASI, recogen de manera más global y grosera esta propiedad que otros paradigmas relacionados con el aprendizaje (Boehme et al., 2015; Roiser, 2008).

Acerca de la validez discriminante parece que el inventario ASI no discrimina diferentes diagnósticos clínicos concretos (incluyendo cuadros psicóticos y no psicóticos). No obstante, sí es capaz de discriminar entre grandes categorías o clases diagnósticas (se cumple la hipótesis 11). Esto tiene sentido, ya que la saliencia aberrante no es definitoria de un solo cuadro clínico, sino más bien es una propiedad que puede intervenir, como indican la validez convergente y la concurrente, en los cuadros más puramente psicóticos (Winton-Brown et al., 2014). En otras palabras, el Inventario de Saliencia Aberrante ASI no es una prueba diagnóstica que pueda indicar un trastorno psicopatológico concreto, sino más bien nos va a indicar si un proceso está más próximo a la dimensión psicótica, incluyendo las categorías diagnósticas de trastornos de la personalidad.

El actual trabajo aporta evidencia acerca de que la experiencia de la saliencia aberrante está presente en la población general. Este hecho apoya que el ASI pueda ser un instrumento aplicable para la evaluación de la saliencia aberrante subclínica. Esto coincide con las líneas de investigación sobre la frecuencia de síntomas psicóticos en población general (ej. Van Os et al., 2000) y da relevancia al estudio de factores y estados en los que estos procesos desestabilizan el funcionamiento de la persona.

Otra cuestión importante que ha sido mencionado en otros artículos de investigación es el problema metodológico de evaluar pacientes con trastornos psicóticos que toman medicación neuroléptica. En el presente trabajo se ha tenido en cuenta el tratamiento de los pacientes, considerando los primeros episodios, y estableciendo una equivalencia en

clorpromazina entre los participantes, sin que esta característica fuese relevante en los diferentes análisis realizados. Es posible que la toma de neurolépticos haya estado equilibrada entre algunos diagnósticos y clases de categorías generales no pertenecientes al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, pudiendo ensombrecer su influencia o diferencia. Es posible también que si el proceso de saliencia aberrante se aprecia en la población general, no sea tampoco específico de la esquizofrenia (o de las psicosis en general) (Winton-Brown et al., 2014) y, en consecuencia, la variable de equivalencia en clorpromazina no aporta nada relevante. Otra posible explicación podría ser el hecho que como en otros estudios las variables objeto de estudio podrían estar más relacionadas con disfunciones fisiopatológicas de la enfermedad, que con el tratamiento antipsicótico (Fusar-poli et al., 2013; Radua et al., 2012; Smieskova et al., 2015). En este sentido, sería preciso hacer diseños longitudinales y seguimientos para esclarecer la importancia de los tratamientos neurolépticos y su posible efecto sobre la saliencia aberrante (Smieskova et al., 2015).

Los resultados encontrados en el presente trabajo deberían interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, los problemas inherentes de usar medidas autoinformadas, por lo cual sería conveniente la utilización también de otras herramientas tanto heteroinformadas como implícitas o no declarativas. En esta investigación se ha utilizado una escala de valoración (BPRS) y la utilización de instrumentos como el ASI tiene la ventaja de su rápida y fácil aplicación. En este sentido, un reciente estudio aboga por la correspondencia entre las medidas puramente psicométricas y aquellas medidas clínicas, quizás las diferencias en estos dos enfoques están relacionadas con el hecho de que el riesgo es inminente o más dilatado en el tiempo (Cicero, Martin, Becker, Docherty, & Kerns, 2014). En cualquier caso, ha de entenderse que el interés de esta aportación puede relacionarse con un paso inicial de detección o cribado, que ha de corroborarse con entrevistas clínicas. La ventaja, en cualquier caso, es que un inventario puede utilizarse como un paso previo para confirmar con posterioridad con clínicos entrenados con procedimientos ya consolidados para los estados previos o iniciales de psicosis (Fusar-Poli et al., 2015a). En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio limita establecer relaciones de causa-efecto e impide realizar un seguimiento de los sujetos a lo largo del proceso clínico. En tercer lugar y con el objetivo de conseguir un gran número de sujetos, se utilizó un tipo de muestreo incidental, pero se requeriría un reclutamiento más

sistemático para equilibrar los participantes y garantizar la representatividad de la muestra. En el caso del grupo de pacientes, sería conveniente lograr muestras muy precisas de diagnósticos concretos y con equilibrio en cuanto a las condiciones a comparar.

La investigación futura debería delimitar y replicar la validez de los resultados presentados en este trabajo, como forma de consolidar los mismos y abrir nuevas vías de evaluación de la saliencia aberrante. Sería muy conveniente examinar las propiedades psicométricas del inventario ASI con otros marcadores de riesgo de psicosis (ejemplo, disfunciones ejecutivas), y en otras muestras de interés (ejemplo, familiares de primer grado de pacientes con psicosis). Asimismo, sería interesante evaluar y registrar los cambios de la respuesta al inventario ASI en distintos momentos del tratamiento farmacológico, de la intervención terapéutica no farmacológica, o del inicio y curso de un trastorno.

Estudio 2

Análisis de mediación entre la saliencia aberrante y la dimensión psicótica

Introducción

La psicosis, particularmente la esquizofrenia, se ha planteado como una alteración de la identidad personal, la autoconsciencia y la relación de la persona con el mundo. Dicho de otro modo: la psicosis como una transformación del propio *self*, de una pérdida de coherencia interna (Parnas, 2005; Parnas & Henriksen, 2014; Parnas & Henriksen, 2015; Pérez Álvarez & García Montes, 2006; Raballo & Parnas, 2012). Desde este enfoque se ha desarrollado el concepto de hiperreflexibilidad que hace referencia al proceso por el cual lo tácito se convierte en explícito. Es decir, la persona va a percibir procesos que están en marcha siempre de manera continua, como automáticos, convirtiéndolos en objetos de conciencia (Nelson, Yung, Bechdolf, & McGorry, 2008; Parnas, Handest, Jansson, & Sæbye, 2005; Pérez Álvarez, 2012). De esta manera, se van percibir procesos mentales o se van a manifestar detalles nuevos de lo percibido, a veces insignificantes o irrelevantes, llegando a una forma extremada de autoconsciencia. Esta desorganización es evidenciada y vivenciada por la persona como un estado de autocentralidad, puesto que se va a experimentar que estos cambios proceden del exterior y tienen que ver consigo mismo, precipitándose un procesamiento autorreferente en general y de presencia de ideas de referencia en particular (Senín-Calderón et al., 2014). Este estado de autocentrismo es un aspecto clave desde el punto de vista del diagnóstico psicopatológico en los casos de psicosis y queda recogido en varias herramientas de evaluación, por ejemplo, en las alteraciones en la vivencia del yo y del entorno, como es el caso de los instrumentos EASE, el BSABS, o el SPI-A, por ejemplo (Gross, Huber, Klosterkötter, & Linz, 2008; Schultze-Lutter, Addington, Ruhrmann, & Klosterkötter, 2012; Parnas, Møller, Kircher, Thalbitzer, Jansson, Handest, & Zahavi, 2005).

El modelo fenomenológico de Gerd Huber y Gisela Gross conocido como “síntomas básicos” y posteriormente desarrollado por Schultze-Lutter, Klosterkötter y Ruhrmann, entre otros, es esencial como perspectiva dirigida a la detección precoz de la psicosis. En esta línea se han desarrollado dos criterios parcialmente solapados para definir el pródromo inicial de psicosis, especialmente de esquizofrenia, basados en los síntomas básicos. El primero de ellos, COPER consiste en diez alteraciones cognitivo-

perceptivas, y el segundo, en nueve síntomas básicos en forma de alteraciones cognitivas (COGDIS). Según los estudios en cuanto a la transición a psicosis, el criterio COGDIS parece ser más preciso e indica un riesgo más inminente de psicosis (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Pickler, & Klosterkötter, 2006). Se ha señalado que la inclusión de los síntomas básicos en los criterios de riesgo ultra alto conlleva una mayor homogeneidad y podría suponer una predicción más sensible sobre el desarrollo posterior de la esquizofrenia (Cornblatt et al., 2003; Simon et al., 2006). Esta línea de trabajo da buena cuenta de la relevancia, capacidad predictiva, y utilidad clínica del estudio de estos procesos relacionados, como se ha dicho, con el autocentrismo como característica central y de las alteraciones del yo que incrementan una experiencia subjetiva anómala durante el desarrollo hacia la psicosis.

Desde un punto de partida distinto, pero coincidente en su resultado final, se ha conceptualizado la psicosis como un estado de saliencia aberrante (Kapur, 2003). La saliencia aberrante es la asignación incorrecta de importancia o relevancia a estímulos neutros (Vargas & Lahera, 2011). Kapur (2003, 2005) plantea que este constructo explica y vincula las experiencias referidas por los pacientes, los hallazgos biológicos y las intervenciones farmacológicas que hasta la actualidad se conocen por su relación con el estudio de la psicosis. De esta manera, este autor postula que las anomalías dopaminérgicas del sistema mesolímbico puede ser una disfunción primaria neuroquímica, o bien ser secundarias ya sea a la hipofrontalidad, a deficiencia de glutamato, o a trastornos primarios del neurodesarrollo. Si bien, sería la saliencia aberrante la que sirve de enlace entre dichas explicaciones biológicas a la expresión sintomatológica de la psicosis.

En este modelo la dopamina va a tener un papel importante, puesto que se presupone que este neurotransmisor media la saliencia motivacional, basándose en los estudios del papel de la dopamina en las conductas motivadas (Bindra, 1974; Di Chiara, 1999; Fibiger & Phillips, 1988; Robbins & Everitt, 1996; Toates, 1998). Esto es consistente con las líneas de investigación acerca de la relación entre psicosis y el incremento de la dopamina subcortical (ej. Seeman, 1987). En este sentido, estudios de neuroimagen han mostrado una disregulación de la actividad de la dopamina en pacientes con esquizofrenia cuando tienen actividad psicótica (ej. Laruelle & Abi-Dargham, 1999) y en las fases prodrómicas de la enfermedad (Howes et al., 2009).

En particular, el sistema mesolímbico dopaminérgico es considerado un componente crítico en la atribución de la saliencia, un proceso en el que los eventos y pensamientos vienen a captar la atención, dirigir la acción e influir en la conducta dirigida a metas. Por tanto, según Kapur (2003), la dopamina media el proceso de saliencia en circunstancias normales. Sin embargo, en la psicosis, al haber una desregulación en la transmisión de la dopamina, lleva a que se libere dopamina independientemente del estímulo (Howes & Kapur, 2009). De esta manera, en la psicosis la desregulación de la dopamina se convierte en un creador de saliencia aberrante, sin que se procese contextualmente los estímulos como ocurre en circunstancias normales, y como consecuencia, se va a interpretar anómalamente estímulos neutros como generadores de recompensa o castigo, y de esta manera, se va a seleccionar ciertos comportamientos enfocados a la obtención de una meta (Berridge & Robinson, 1998; Heinz & Schlagenhauf, 2010; Jensen & Kapur, 2009; Kapur, 2003). Todo esto llevará a su vez a un estado nuevo y desconcertante: una alteración de la experiencia de cómo se percibe el mundo y donde la persona va acumulando experiencias de saliencia aberrante sin una explicación clara, donde se altera el contacto con la realidad, viviéndose como errática, impredecible y angustiada. Esta alteración de la saliencia puede preceder al inicio franco de la psicosis, sólo cuando convergen también otras influencias biológicas y ambientales, va a conllevar a una hiperfunción dopaminérgica en el estriado y con ello el episodio de psicosis franca. De esta manera, la dopamina es la vía final común de la psicosis en este modelo (Howes & Kapur, 2009).

Según Kapur (2003, 2005) el hecho de que los neurolepticos bloqueen los receptores de la dopamina (Kapur & Remington, 2001; Kapur & Seeman, 2001; Strange, 2001), y que, por tanto, haya una disminución en la transmisión de este neurotransmisor va a provocar que se reduzca también la saliencia aberrante. Según este autor, los neurolepticos son eficaces en la psicosis debido a que todos ellos comparten el hecho de que *amortiguan* la saliencia. No obstante, la vía de mejora a través de la amortiguación de la saliencia puede que también afecte a las motivaciones, deseos y placeres cotidianos, conduciendo a la disforia, apatía y anhedonia y, con ello, a búsquedas inadecuadas de solución como el consumo de sustancias o la automedicación (Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi, & Li, 2005; Mueser, Drake, & Wallach, 1998; Phillips & Johnson, 2001; Voruganti, Heslegrave, & Awad, 1997).

El tratamiento con antipsicóticos, sin embargo, no va a eliminar los síntomas psicóticos, sino que éstos van a pasar a un segundo plano, lo que viene a significar que disminuye el grado en el que los síntomas invaden el campo de conciencia, producen angustia, y llevan comportamientos dirigidos a metas. En este sentido, es frecuente escuchar en los pacientes acerca de sus delirios o alucinaciones expresiones como “ya no me molestan tanto”. De esta manera, el decremento de la saliencia va a brindar posteriormente una oportunidad para el tratamiento psicológico, siendo de esta manera el tratamiento combinado de neurolépticos con terapia psicológica la mejor opción (Tarrier et al., 2004).

A partir de los modelos cognitivo-sociales acerca de las experiencias cuasi o pseudo-psicóticas, se observan dos experiencias coincidentes con lo dicho, sea desde una perspectiva de la vivencia anómala del self, desde el estudio y fases de los pródromos, o desde el concepto de la saliencia aberrante: que ciertas experiencias se convierten en centrales, conscientes, y prominentes (estando inicialmente automatizadas o no conscientes), y que el procesamiento en general se convierte en autorrelevante o autorreferente (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Cicero, et al., 2013; Freeman, 2007; Kapur, 2003).

En consecuencia, hay una coincidencia de estas diferentes perspectivas. Cabría esperar que estos pródromos iniciales o tardíos se describan por la saliencia aberrante, un proceso caracterizado por el autocentrismo y las anomalías en la experiencia subjetiva (hiperreflexibilidad), con su traducción isomórfica de desregulación dopaminérgica. Podría iniciarse aquí una perspectiva del proceso de abajo-arriba. El esfuerzo del ser humano por dar sentido a la experiencia, en plena desorganización, puede dar lugar a explicaciones, formándose creencias delirantes (Maher, 1974), como se plantea desde la perspectiva cognitiva de arriba-abajo y, dado que se procesa información autorrelevante (Lysaker & Lysaker, 2010), no es extraño que surjan las ideas delirantes de referencia (Senín-Calderón et al., 2014). A su vez, esto guía nuevos esquemas cognitivos reforzados por un alivio o reducción de la ansiedad que producía la saliencia o en general el conjunto de experiencias vividas (Freeman, Bentall, & Garety, 2008), por lo que se genera toda una acumulación de evidencia confirmatoria sobre el delirio que lo va a fortalecer y convertir en una creencia altamente resistente y fija.

En la última década varias investigaciones han encontrado que la ideación delirante surge de una inadecuada atribución de significado (Roiser et al., 2009; Roiser, Stephan, den Ouden, Friston, & Joyce, 2010). Por tanto, las ideas de referencia pueden ser resultado de un proceso previo y más grosero como es el proceso de la saliencia aberrante. Además, que las ideas de referencia estén incluidas entre los criterios de riesgo ultra-alto y síntomas básicos, como un indicador entre otros por su significativa transición a la psicosis (Schultze-lutter, Ruhrmann, Berning, Maier, & Klosterkötter, 2008), sugiere evaluar la relación entre ambos constructos, probablemente porque la saliencia aberrante sea el elemento que anteceda a la formación de las ideas de referencia (delirantes o no).

Las alucinaciones, según Kapur (2003), van a surgir de forma similar, actuando la saliencia aberrante sobre las representaciones internas de percepciones, lenguaje y memoria. Tales experiencias ocurren, con un carácter más efímero, en personas con baja saliencia aberrante, mientras que por el contrario con una elevada saliencia aberrante dichas experiencias ocurrirían de forma más frecuente, capturando la atención de estas personas. En este sentido, el equipo liderado por Phillipa Garety argumenta que tales experiencias alucinatorias cuasi-psicóticas sólo se van a convertir en puramente psicóticas cuando las personas atribuyan la fuente de forma errónea a algo externo (Garety et al., 2001). Según Nelson, la saliencia aberrante contribuye a una hiperreflexibilidad y entiende que si aspectos de la auto-experiencia se convierten en conscientes, dejan de estar automatizados, lo cual podría explicar el efecto de distanciamiento o alienación que vive la persona con psicosis puesto que se convierten en aspectos fragmentados del yo (Nelson, Whitford, Lavoie, & Sass, 2014; Sass, 1992; Sass & Parnas, 2003; Parnas et al., 2005).

Otras líneas de investigación han mostrado que antes de la aparición de una psicosis franca existen deficiencias cognitivas, interpersonales y de funcionamiento psicosocial (Cannon et al., 2001; Ellison, Van Os, & Murray, 1998; Faraone, Green, Seidman, & Tsuang, 2001; Heinrich, 2001; Kapur & Remington, 2001; Poulton et al., 2000; Rabinowitz et al., 2000; Tsuang, Stone, & Faraone, 2000; Walker, Grimes, Davis, & Smith, 1993). De modo más específico, se han centrado en los sesgos de razonamiento probabilístico y la tendencia al salto de conclusiones, alteraciones en el estilo atribucional y en la teoría de la mente y niveles anormales de percepciones aberrantes e ideación mágica (Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994; Bentall et al., 2001; Chapman et

al., 1994; Frith, Blakemore, & Wolpert, 2000; Garety, Hemsley, & Wessely, 1991; Rubio et al., 2011). Kapur (2003) explica que estas anomalías cognitivas e interpersonales van a interactuar con la saliencia, lo que va dar lugar a las diferencias fenomenológicas de la psicosis, ya sean diferencias entre los individuos con un mismo cuadro clínico o entre diferentes trastornos psicopatológicos (trastorno de ideas delirantes, manía, esquizofrenia, etc.).

En estudios recientes se ha sugerido que en los pacientes que padecen de esquizofrenia existe una alteración en la evaluación y detección de estímulos salientes o relevantes, lo cual puede indicar una alteración en mecanismos subyacentes primarios cerebrales en la esquizofrenia (Colleen et al., 2009; Jensen et al., 2008). Recientemente, Palaniyappan (2012) ha planteado el término de asignación de relevancia proximal (*proximal salience*), refiriéndose a un estado momentáneo generado por la evaluación de estímulos externos o internos en el contexto de la consciencia interoceptiva (Palaniyappan & Liddle, 2012). Según estudios actuales, el sesgo atencional temprano y el procesamiento de la relevancia hacia estímulos salientes parece no ser exclusivo de la psicosis sino que también está presente en los trastornos afectivos bipolares (Mason, Trujillo-Barreto, Bentall, & El-Deredy, 2015). Conjuntamente, también se ha hallado que los efectos del cannabis en la psicosis pueden estar mediados por la influencia en el sustrato neural del procesamiento atencional de la saliencia, más específicamente en el estriado y corteza prefrontal (Bhattacharyya et al., 2012).

De esta manera, este estudio analiza posibles indicadores que están en el desarrollo de la psicosis, con especial atención al posible papel que desempeña la saliencia aberrante. Dado que la saliencia aberrante, como hemos comentado, puede ser una condición previa que puede dar lugar a la aparición de otros procesos o sesgos interpretativos, como el salto a conclusiones, pueden dar lugar también a un proceso más elaborado y que creemos posterior y relacionado, como las ideas de referencia. Las ideas de referencia van a implicar una interpretación de lo que sucede a nuestro alrededor, a saber, la experiencia de la saliencia aberrante. Asimismo, consideramos que la saliencia puede implicar, quizás debido a la inundación que experimenta la conciencia de estímulos irrelevantes, una desorganización cognitiva, de la que puede derivar la desorganización comportamental, que podría entenderse como parte del complejo proceso de la saliencia. Máxime, al apreciar los resultados del estudio 1 que indican que el Inventario de Saliencia Aberrante ASI no sólo se relaciona y predice la dimensión

psicótica, sino que también están vinculadas estrechamente con las dimensiones negativa y desorganizada, especialmente esta última, es posible que la relación de la saliencia lo sea con la sintomatología positiva en general, y no con respecto a la sintomatología negativa (Cicero et al., 2015). Cabe añadir que es interesante estudiar si, además, este constructo es esencialmente unidimensional, aunque se diferencien cinco factores de segundo orden tanto en el estudio original del inventario como en el estudio 1 (Cicero et al., 2010).

En este segundo trabajo y en línea con el anterior estudio vamos a seguir profundizando en el inventario ASI como instrumento de medida de la saliencia aberrante, dada la bondad del instrumento, sus adecuadas propiedades psicométricas en la población estudiada (general y clínica), la escasez de trabajos que abordan este constructo, y su posible utilidad clínica como instrumento de cribado y de investigación de los procesos que tienen lugar en las psicosis. Dado que en el trabajo precedente la saliencia aberrante predice la dimensión psicótica, cabe suponer que la saliencia aberrante se sitúa en un punto previo, quizás como un posible punto de partida a una posterior elaboración (ideas de referencia) y desorganización propia de las psicosis.

En el presente trabajo se va analizar si la relación entre la dimensión psicótica con la saliencia aberrante se encuentra mediada por las ideas de referencia y la dimensión desorganizada.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general del presente estudio es analizar si se da una relación indirecta o mediada entre la *Saliencia aberrante* y la sintomatología psicótica. Más concretamente, el objetivo específico 1 es comprobar si la *Saliencia aberrante* está relacionada con la sintomatología psicótica (*Dimensión psicótica*) pero de manera indirecta o mediada por otros procesos como las *Ideas de referencia* y la sintomatología desorganizada (*Dimensión desorganizada*). Hipótesis 1: La *Saliencia aberrante* (ASI) se relacionará positiva y significativamente con la *Dimensión psicótica* (DPsi, BPRS), y será mediada por la presencia de *Ideas de referencia* (REF) y la *Dimensión desorganizada* (DDesorg, BPRS).

El objetivo específico 2 es verificar que la *Saliencia aberrante* es un proceso característico de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como clase diagnóstica. Hipótesis 2: La mediación de la *Saliencia aberrante* (ASI) por parte de la presencia de *Ideas de referencia* (REF) y la *Dimensión desorganizada* (DDesorg, BPRS) sobre la *Dimensión psicótica* (DPsi, BPRS) se cumplirá de forma estadísticamente significativa en un grupo de pacientes de la clase diagnóstica de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

El objetivo específico 3 es verificar si la *Saliencia aberrante*, que se ha definido con diferentes factores, es un proceso unidimensional o multidimensional en su relación mediada con la sintomatología psicótica (*Dimensión psicótica*). Hipótesis 3: La mediación de los factores de la *Saliencia aberrante* (ASI) (*Comprensión inminente*, CI; *Agudización de los sentidos*, AS; *Cognición aumentada*, CA; *Significado incrementado*, SI; y *Emoción aumentada*, EA), por parte de la presencia de *Ideas de referencia* (REF) y la *Dimensión desorganizada* (DDesorg, BPRS), será esencialmente unidimensional en su relación con la *Dimensión psicótica* (DPsi, BPRS) para la clase diagnóstica de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 227 sujetos, siendo el 52.8% mujeres y el 47.1% varones. Los participantes procedieron de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva ($n= 55$), de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental ($n= 53$) del Complejo Hospitalario Juan Ramón Jiménez (Huelva), y de una clínica psicológica privada de Sevilla ($n= 119$). Las edades oscilaron entre 18 y 80 años de edad, con una media de 37.49 ($D.T.= 13.82$). El promedio del Índice de Clase Social (ICS) fue de 50.95 (clase social baja; $D.T.= 21.88$).

La distribución según las diferentes clases diagnósticas generales fue: Trastornos de la personalidad ($n= 21$); Trastornos del estado de ánimo ($n= 39$; Trastornos depresivos, $n= 34$, y Trastornos bipolares $n= 5$); Trastornos de ansiedad ($n= 39$); Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($n= 104$); Trastornos adaptativos ($n= 11$); Trastornos somatoformes ($n= 8$); Trastornos de la conducta alimentaria ($n= 5$). Dada la gran cantidad de diagnósticos específicos se señalan los más importantes en general y

particularmente los de la clase diagnóstica de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: Trastorno depresivo mayor ($n= 23$); Trastorno de angustia con agorafobia ($n= 15$); Trastorno obsesivo-compulsivo ($n= 7$); Esquizofrenia paranoide ($n= 47$); Trastorno delirante ($n= 24$); Trastorno psicótico breve ($n= 8$); Trastorno psicótico NE ($n= 6$); Trastorno esquizoafectivo ($n= 9$); Esquizofrenia no paranoides ($n= 3$); Trastorno esquizofreniforme ($n= 1$); Trastorno psicótico inducido por sustancias ($n= 3$); Trastorno psicótico debido a traumatismo ($n= 1$); Esquizofrenia residual ($n= 2$).

Diseño

Se empleó un diseño ex post facto, y una medida (transversal).

Variables

Las principales variables estudiadas son:

Saliencia: Variable cuantitativa discreta proveniente de la puntuación total en el inventario ASI de saliencia.

Significado incrementado (SI): Variable cuantitativa discreta procedente de la puntuación total de este factor del inventario ASI de saliencia.

Agudización de los sentidos (AS): Variable cuantitativa discreta procedente de la puntuación total de este factor del inventario ASI de saliencia.

Comprensión inminente (CI): Variable cuantitativa discreta procedente de la puntuación total de este factor del inventario ASI de saliencia.

Emociones aumentadas (EA): Variable cuantitativa discreta procedente de la puntuación total de este factor del inventario ASI de saliencia.

Cognición aumentada (CA): Variable cuantitativa discreta procedente de la puntuación total de este factor del inventario ASI de saliencia.

Pensamiento Referencial: Variable cuantitativa discreta que indica número de autorreferencias procedente de la puntuación global en la escala REF de pensamiento referencial (Lenzenweger et al., 1997).

Dimensión psicótica: Variables cuantitativas discretas procedente del cuestionario BPRS (Lukoff et al., 1986).

Dimensión desorganizada: Variables cuantitativas discretas procedente del cuestionario BPRS (Lukoff et al., 1986).

Instrumentos

Evaluación inicial autoaplicada: Elaboración Propia (Ver anexo 1). Este instrumento está compuesto por una serie de preguntas acerca de características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estudios, profesión, personas con las que vive, estatus sociodemográfico o clase social (SDS) (Hollingshead, 1975); preguntas relativas a enfermedades físicas y mentales actuales; antecedentes de trastorno mental; prescripción de fármacos, consumo de alcohol y drogas. Su objetivo es obtener una información básica del sujeto para poder establecer comparaciones entre grupos.

Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) (Cicero et al., 2010) (Ver anexo 2). Consta de 29 ítems que miden la saliencia aberrante y propensión a la psicosis en muestras clínicas y no clínicas a través de una escala dicotómica. Se compone de cinco factores según sus creadores: entre ellos, *Significado incrementado*: “¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales, de pronto adquieren una importancia o significado especial para ti?”; *Agudización de los sentidos*: “¿Sientes algunas veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?”; *Comprensión inminente*: “¿Sientes algunas veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?”; *Emociones incrementadas*: “¿Alguna vez has sentido una urgencia inexplicable, y no estás seguro de qué hacer?”; y *Cognición aumentada*: “¿Has sentido alguna vez como si los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?”. Tiene buena consistencia interna (α de Cronbach de .89) y una adecuada validez convergente y discriminante en población norteamericana. Para este estudio se obtuvo $\alpha = .81$ entre pacientes.

Escala de pensamiento referencial (REF) (Lenzenweger et al., 1997) Versión al español de Senín-Calderón (Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Fernández-Jiménez, Valdés-Díaz, Benítez-Hernández, & Fuentes-Márquez, 2010) (Ver anexo 3). Es un instrumento de 34 ítems sobre las ideas de referencia o autorreferencias, de opción verdadero/falso. Un ejemplo de los componentes de la escala: “A menudo pienso que la gente habla sobre mí cuando voy por la calle V/F”. Aunque Lenzenweger propuso una estructura factorial, en esta investigación se utilizó únicamente la medida global correspondiente al pensamiento referencial (frecuencia de ideas de referencia). El creador de este instrumento obtuvo una consistencia interna entre .83 y .85 (en diferentes muestras), con un promedio de pensamiento referencial con población general de entre 4.14 y 4.52

puntos, y test-retest de .86 (4 semanas de intervalo). La validez es adecuada, el global de la escala se relaciona sobre todo con indicadores de la esquizotipia positiva (entre .75 y .85 en los análisis de componentes principales) y, en menor medida, con la ansiedad y depresión (entre .33 y .17). En población española se obtuvo una consistencia interna de .90, un promedio de 3.82 autorreferencias en población general y una fiabilidad test-retest de .76 (44 días de intervalo medio) (Senín-Calderón et al., 2010). La validez fue adecuada: validez de contenido correcta en casi el 74% de los ítems, validez convergente relacionada adecuadamente con la escala BPRS (como indicador global de psicopatología); validez predictiva con un 54.6% de varianza explicada donde el pensamiento psicótico (cuestionario clínico MCMI-II) explica el mayor porcentaje de la varianza. Validez concurrente, coincidente con manifestaciones cercanas a la psicosis (MCMI-II: esquizoide, esquizotípico, pensamiento paranoide, límite, ansiedad, histeriforme, depresión). Para este estudio se obtuvo $\alpha = .91$ entre pacientes.

Escala breve de valoración psiquiátrica, Brief Psychiatric Rating Scale –BPRS- (Lukoff et al., 1986) (Ver anexo 9). La BPRS es un instrumento de valoración de 24 indicadores psicopatológicos que se puntúan en una escala de 7 puntos, donde 1 significa ausencia de sintomatología y la puntuación de 7 psicopatología extrema. La escala tiene validez de constructo para el seguimiento de indicadores esquizofrénicos (Andersen, 1989). Se ha validado para población española con indicadores de fiabilidad α de .59 a .70, y fiabilidad retest de .70 (Peralta Martín & Cuesta Zorita, 1994). Para este estudio, y para agrupar los indicadores en dimensiones más amplias, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (rotación oblimin directo) para $N = 712$ (pacientes y controles). Los indicadores son favorables: $KMO = .89$ y esfericidad de Bartlett $p = .0001$. Se obtienen 4 factores, con autovalores superiores a 1, que explican un 60.46% de la varianza. El primer factor, *Desorganización* (desorganización conceptual, excitación, comportamiento bizarro, elación, hiperactividad, distraibilidad), obtiene un $\alpha = .81$ global y $\alpha = .80$ para pacientes. El segundo factor, *Emocional* (preocupación somática, ansiedad, depresión, culpabilidad, hostilidad, tensión, conducta suicida), con $\alpha = .87$ global y $\alpha = .78$ para pacientes. El tercer factor, *Negativo* (orientación, retardo motor, afecto plano, manierismos, negativismo, indiferencia emocional, negligencia), con $\alpha = .79$ global y $\alpha = .78$ para pacientes. El cuarto factor, *Psicótico* (susplicacia, contenido inusual de pensamiento, grandiosidad, alucinaciones), con $\alpha = .81$ global y $\alpha = .81$ para pacientes.

Procedimiento

En primer lugar y como indica el estudio 1, se realizó la traducción de la escala y se evaluó las propiedades psicométricas del Inventario de Saliencia Aberrante (ASI) en población general y clínica. En este estudio 2 se ha aplicado sólo a la población clínica. Las evaluaciones se realizaron en el espacio temporal de dos años.

Para poder realizar el estudio fue necesaria la aprobación del Comité de Ética del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Los pacientes se seleccionaron de forma incidental (muestreo de conveniencia) de un grupo de pacientes que recibían tratamiento en una Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva y de una clínica psicológica privada de Sevilla, así como a pacientes que se encontraban ingresados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Huelva.

Los instrumentos de evaluación fueron entregados en la primera o segunda sesión de terapia en el siguiente orden: prueba de Evaluación inicial autoaplicada (de elaboración propia), Inventario de Saliencia y REF. Los pacientes rellenaban estas escalas bien tras la consulta o en su domicilio; en este último caso, devolvieron las pruebas en la siguiente sesión de terapia. La prueba BPRS fue aplicada en la sesión de entrevista por el profesional que lleva a cabo el proceso terapéutico.

A cada participante se le entregó un dossier preparado al efecto con las pruebas de evaluación, así como una hoja de información acerca del estudio y el consentimiento informado/revocación (Ver anexo 10). Los sujetos participaron voluntariamente tras firmar un consentimiento, donde se les informaba del objetivo de la investigación y se pedía el permiso para utilizar sus datos de forma anónima y con fines de investigación.

De la misma manera se les proporcionaron las siguientes directrices: leer con atención las instrucciones de cada prueba antes de contestarla, sinceridad en la respuesta a las preguntas, y revisión de cada ítem para evitar que quedaran algunos en blanco. La investigadora intervino únicamente para resolver las dudas de manera neutral y sin incitar respuesta alguna.

Para el cálculo de la clase social se realizó el procedimiento que implica la categorización de la profesión y el nivel de estudios obteniéndose como resultado una puntuación de ambos conceptos en cada sujeto: el producto por 7 del valor asignado a la

profesión más el valor indicado para el nivel de estudios multiplicado por 4 (Hollingshead, 1975).

El juicio clínico establecido sobre la población clínica lo realiza el profesional a cargo del mismo. En este trabajo se ha contado con diversos profesionales, todos ellos especialistas (bien en psiquiatría o bien en psicología clínica) y con años de experiencia clínica. Tanto en el nivel público como en el privado se realizaron los diagnósticos con los criterios diagnósticos del DSM- IV-TR (APA, 2000).

Procedimiento estadístico

En un primer momento se llevaron a cabo unos análisis preliminares con el objetivo de comprobar que se cumplían las condiciones para realizar un análisis de mediación. Dichos análisis preliminares consistieron en análisis de varianzas junto con el tamaño del efecto de las variables género, saliencia (ASI) e ideas de referencia (REF) sobre la dimensión psicótica. También se llevó a cabo correlaciones de dos colas de Pearson de las variables objeto de este estudio. Todos los análisis se aceptaron para al menos una $p < .05$. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 22.

En el presente trabajo se han realizado dos análisis de mediación. Aunque este análisis no puede establecer una relación causal entre las variables, puede aproximar la asociación y la magnitud de las variables de un fenómeno causal (Hayes & Preacher, 2013).

En el primer análisis de mediación se partió de una posible relación causa-efecto entre una variable independiente X (saliencia aberrante) y una variable de medida Y (dimensión psicótica). Se pretende encontrar una tercera variable que intervenga en la relación anterior entre X e Y, y para ello se ha planteado la participación de las variables mediadoras (REF y DDesorg). Se ha seguido el modelo de Baron & Kenny (1986), el cual cuenta con una serie de requisitos, entre ellos: relación significativa entre la variable independiente (saliencia aberrante) y la variable dependiente (dimensión psicótica), mediante la estimación del efecto total (coeficiente C significativo), relación significativa de las variables mediadoras (REF y DDesorg) con la variable independiente (efecto a significativo), y, también, con la variable dependiente (efecto b significativo), las relaciones entre X e Y deben de estar influidas por la inclusión en la regresión de las variables mediadoras. De esta manera, en la mediación total perderá

todo su valor ($C' = 0$) y en la mediación parcial disminuirá su peso sin llegar a desaparecer ($C' \neq 0$), siendo C' menor que el efecto indirecto o $a \cdot b$ (Ato García & Vallejo, 2011).

Posteriormente, se llevó a cabo un segundo análisis de mediación múltiple con el objetivo de comprobar si la relación entre la VI (ASI) y VD (DPsi) se encontraba mediada por terceras variables (REF y DDesorg) en una muestra sólo de pacientes con diagnósticos de la clase Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Finalmente se realizó un tercer análisis mediacional donde se examinó el papel de la saliencia aberrante pero en cuanto a los factores del inventario ASI como variables independientes (SI, CI, AS, EA y CA), y se tomó como variable dependiente la DPsi. Sobre esta relación se estableció que las posibles variables de mediación o terceras variables podrían ser la DDesorg y la REF.

Los análisis de mediación fueron realizados mediante el procedimiento de remuestreo de Monte Carlo, usando el intervalo de confianza al 95% y 5000 iteraciones para calcular el coeficiente del efecto indirecto. Se utilizó la macro **MEDIATE** para el programa SPSS versión 22 para estimar la significación de las variables mediadoras así como controlar la posible influencia de las covariables (<http://www.afhayes.com/public/mediate.sps>). Todos los análisis fueron aceptados para una $p < 0.05$.

Resultados

Análisis preliminares

Antes de poner a prueba las hipótesis de este estudio, se observó que el género presentaba diferencias estadísticamente significativas con respecto a la medida de la *Dimensión psicótica* (DPsi): $t(225) = 2.66$; $p = .009$; Eta^2 parcial = .05; $F_{Levene} = 4.076$, $p = .045$. Los varones presentan un promedio más elevado en esta dimensión ($\bar{x} = 2.53$, $DT = 1.38$) que las mujeres ($\bar{x} = 1.93$, $DT = 1.20$). Estas diferencias no se dieron ni en ASI, ni en REF ($p > .05$). Por tanto, se consideró la variable género como predictora para los análisis de mediación. Todas las medidas (DPsi, DDesorg, REF, ASI, CI, AS, CA, SI, EA) obtuvieron indicadores de sesgo < 3 y de curtosis < 10 . Todas las puntuaciones

directas fueron tipificadas dividiéndola por el número de ítems para realizar las comparaciones entre las pruebas.

Relación entre las medidas del estudio

En la Tabla 1, como paso previo del análisis de mediación, se presentan las correlaciones de Pearson bivariadas entre las variables presumiblemente predictoras, las posibles variables mediadoras, y la medida de la DPsi. Los resultados muestran que la edad no alcanza correlaciones significativas con ninguna de las variables, a excepción de la *Dimensión emocional* (DEmo), por lo que se decidió no incluir la edad como covarianza en los análisis de mediación.

Se observan correlaciones significativas y positivas del inventario ASI con todas las medidas, principalmente con la escala REF (.59, $p < .001$). En el caso de la *Dimensión negativa* (DNeg) la relación con respecto al inventario ASI es $< .30$, y en el caso de la DEmo es no significativa por lo que, como se planteó en las hipótesis, no participan en el modelo mediacional. En análisis previos se tuvieron en cuenta otras variables emocionales por si participaban en el modelo (ansiedad o depresión, como se evaluaron en el estudio 1). Sin embargo, no mostraron relaciones estadísticamente significativas, por lo que el análisis de mediación se centró en la presencia de ideas de referencia (REF) y la DDesorg.

También se cumple la relación de los distintos factores del inventario ASI con la DPsi, siendo los valores más destacados los que se corresponden con los factores CI y CA (ambos $r = .52$), mientras que el más bajo se aprecia con EA ($r = .28$).

Con respecto a la DDesorg, como posible variable mediadora, se cumple su relación positiva y estadísticamente significativa con la DPsi (.68, $p < .001$), y con respecto a todos los factores de *Saliencia*: valores de .30 (EA) a .43 (CA). En el caso de la REF como variable mediadora potencial, se cumple su relación con la DPsi ($r = .48$, $p < .001$), y con los distintos factores de *Saliencia*: valores de .38 (AS) a .49 (CI).

Tabla 1.

Correlaciones de Pearson de las diferentes medidas considerada en pacientes (N=227)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Edad	1											
2. REF	-.07	1										
3. ASI	.07	.59**	1									
4. SI	-.03	.47**	.82**	1								
5. CI	.14	.49**	.84**	.65**	1							
6. AS	.07	.38**	.69**	.43**	.51**	1						
7. CA	.13	.48**	.70**	.39**	.58**	.52**	1					
8. EA	-.01	.45**	.79**	.57**	.54**	.40**	.39**	1				
9. DPsi	.11	.48**	.54**	.37**	.52**	.43**	.52**	.28**	1			
10.DDesorg	.06	.41**	.46**	.33**	.37**	.36**	.43**	.30**	.68**	1		
11.DNeg	.17	.15	.24*	.12	.26*	.23*	.19	.12	.41**	.27*	1	
12.Demo	.35**	.06	.11	.09	-.00	.03	.01	.24*	.16	.24*	.22*	1
<i>M</i>	37.49	9.96	15.6	5.52	2.56	1.74	1.41	3.87	2.21	1.59	1.53	2.84
<i>DT</i>	13.82	7.52	7.03	2.11	1.66	1.47	1.34	2.07	1.31	.63	.75	1.03

Nota. REF: Escala de pensamiento referencial, ASI: Inventario de Saliencia Aberrante, SI: Significado incrementado, factor de la ASI, CI: Comprensión inminente, factor de la ASI, AS: Agudización de los sentidos, factor de la ASI, CA: Cognición aumentada, factor de la ASI, EA: Emociones aumentadas, factor de la ASI, DPsi: Dimensión psicótica de la BPRS, DDesorg: Dimensión desorganizada de la BPRS, DNeg: Dimensión negativa de la BPRS, DEMo: Dimensión emocional de la BPRS * $p < .01$; ** $p < .001$.

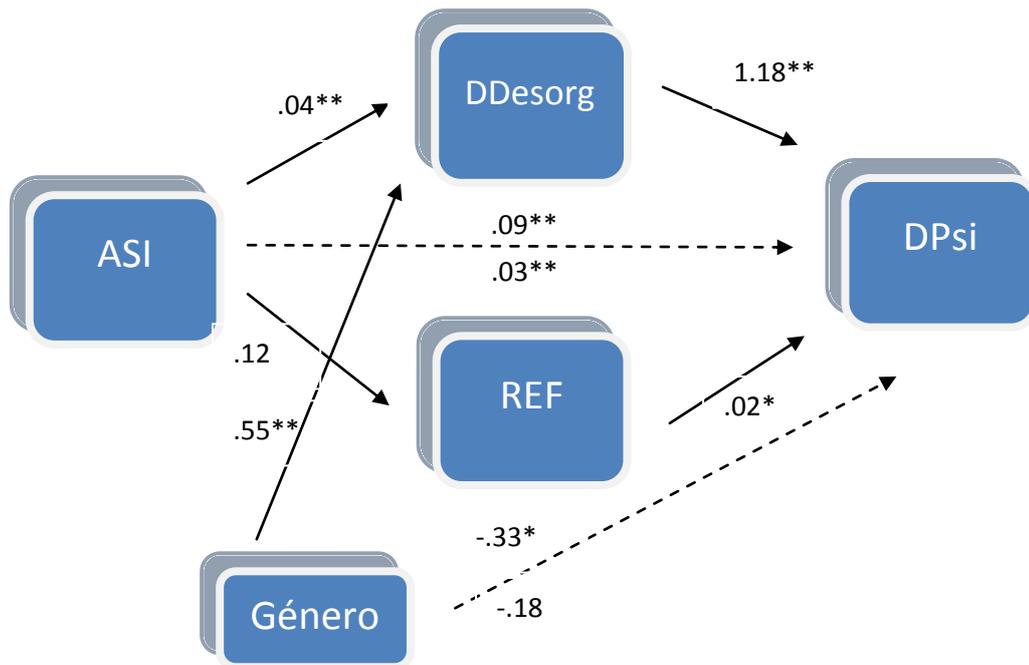
Análisis de mediación

Dado que se parte de un tamaño muestral grande, los valores de asimetría < 3 en las medidas utilizadas (en el límite la *Dimensión negativa de la BPRS*), y valores de curtosis < 10 (en el límite la *Dimensión desorganizada de la BPRS*), se consideró que las puntuaciones se ajustaban razonablemente bien para realizar las diferentes operaciones. Se calculó el índice de Durbin-Watson de independencia de los residuos $=1.502$ (justo en el límite inferior), y se cumplió el factor VIF (variance inflation factor) < 5 dado que se usaron diferentes medidas, indicando no-colinealidad (valores entre 1.31 y 2.54).

Se pone a prueba la primera hipótesis acerca del modelo mediacional con toda la muestra de pacientes de las diferentes clases diagnósticas ($N= 227$) y con las variables predictoras ASI y el género (tabla 1). La relación de estas dos predictoras con la DPsi es significativa ($F= 80.580, p= .0001$), explicando un 38.90% de la varianza. El efecto total es significativo para ambas variables: ASI ($\beta= .09; t= 11.264, p= .0001$) y género ($\beta= -.33; t= -2.771, p= .006$). La entrada de la variable mediacional REF es estadísticamente significativa ($F= 85.673, p= .0001$), explicando un 40.38% de la varianza. La entrada en el sistema de la variable mediacional DDesorg es estadísticamente significativa ($F= 59.015, p= .0001$), explicando un 31.70% de la varianza. El resultado final muestra un modelo estadísticamente significativo que explica un 63.71% de la varianza ($F= 110.712, p= .0001$). El efecto directo es estadísticamente significativo para la ASI ($\beta= .03; t= 3.540, p= .0001$), por lo que la mediación es parcial. En el caso del género la mediación es completa ($\beta= -1.938, p= .053$). De las posibles variables mediadoras, la DDesorg es significativa ($\beta= 1.18; t= 12.227, p= .0001$) y también la variable REF ($\beta= .02; t= 2.514, p= .012$). Este análisis muestra homogeneidad en la interacción ($X \cdot M$) (prueba ómnibus $F= 1.154, p= .331$; también para cada variable por separado). El análisis de la interacción ($a \cdot b$) por medio del remuestreo Monte Carlo (IC95%, 5000 iteraciones) muestra que tanto la DDesorg ($\beta= .04, p= .006$; IC de .03 a .06) como la REF ($\beta= .12, p= .005$; IC de -.00 a .02) median significativamente a la ASI. En el caso del género, sólo recibe la mediación por parte de la REF ($\beta= -.00, p= .016$; IC de -.05 a .04). En consecuencia, se cumple la hipótesis 1 de relación de la ASI con la DPsi, y de mediación de esta relación por parte de la DDesorg y la REF en el grupo de pacientes completo (ver figura 1).

Figura 1.

Análisis de mediación entre la variable predictora Saliencia aberrante (ASI), las variables mediadoras Ideas de referencia (REF) y Dimensión Desorganizada (DDesorg), sobre la variable criterio Dimensión psicótica (DPsi) para el grupo de pacientes (N= 227)



Nota. Los valores numéricos corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados (β).

Tabla 1.

Análisis de la mediación de las variables Dimensión desorganizada y REF, en la relación entre la saliencia aberrante (ASI) y la Dimensión psicótica para toda la muestra de pacientes (N= 227)

Variables Independientes (X)	Variables mediadoras (M)	Variable dependiente (Y)	Efecto de X en M (a)	Efecto de M en Y controlado por X (b)	Efecto de			Efecto total C
					Efecto directo C'	Efecto Indirecto a x b	95% IC	
ASI	DDesorg REF	DPsi	0.04** 0.12†	1.18**	0.03**	0.04* -0.15	0.03,0.06 -0.36,0.03	0.09**

Género	DDesorg REF	DPsi	0.55** -0.06	0.02*	-0.18	0.01* -0.00†	-0.00,0.02 -0.05,0.04	-0.33*
--------	----------------	------	-----------------	-------	-------	-----------------	--------------------------	--------

Nota. Los datos muestran los coeficientes β no estandarizados y están basados en el procedimiento de remuestreo Montecarlo para 5000 iteraciones, IC: intervalo de confianza, 95%. ASI: Saliencia aberrante, REF: Ideas de referencia, DDesorg: Dimensión desorganizada de la BPRS, DPsi: dimensión psicótica de la BPRS. $p < .05$ † $p < .01$ ** $p < .001$.

Con respecto a la segunda hipótesis, se realiza un análisis mediacional con la muestra de pacientes pertenecientes a la clase diagnóstica Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ($n= 104$) (ver tabla 2). Se observó que el género presentaba diferencias estadísticamente significativas con respecto a la medida de la DPsi: $t(102)=-2.54$; $p= .017$; Eta^2 parcial= .09; $F_{Levene}= 4.685$, $p= .037$. A diferencia del contraste inicial, son aquí las mujeres quienes presentan un promedio más elevado en esta dimensión ($\bar{x}= 4.38$, $DT= 0.75$) que los varones ($\bar{x}= 3.51$, $DT= 1.30$). Por tanto, las variables predictoras son la saliencia aberrante y el género. La relación de estas dos predictoras con la DPsi es significativa ($F= 11.509$, $p= .0001$), explicando un 35.61% de la varianza. El efecto total es significativo para ambas variables: ASI ($\beta= .11$; $t= 4.174$, $p= .0002$) y género ($\beta= 1.12$; $t= 3.045$, $p= .0043$). La entrada de la variable mediacional REF es estadísticamente significativa ($F= 9.473$, $p= .0005$), explicando un 30.84% de la varianza. La entrada en el sistema de la variable mediacional DDesorg es estadísticamente significativa ($F= 8.226$, $p= .0011$), explicando un 27.55% de la varianza. El resultado final muestra un modelo estadísticamente significativo que explica un 46.76% de la varianza ($F= 9.343$, $p= .0000$). El efecto directo es estadísticamente significativo para el género ($\beta= .99$; $t= 2.890$, $p= .0067$), por lo que la mediación es parcial. En el caso de la saliencia la mediación es completa ($\beta= .05$; $t= 1.746$, $p= .089$). De las posibles variables mediadoras, la DDesorg es significativa ($\beta= .64$; $t= 3.071$, $p= .004$), pero no en el caso de la variable REF ($\beta= .00$; $t= 0.124$, $p= .901$). Este análisis muestra homogeneidad en la interacción ($X \cdot M$) (prueba ómnibus $F= 1.057$, $p= .394$; también para cada variable por separado). Dado que la variable mediadora significativa es la DDesorg, el análisis de la interacción ($a \cdot b$) por medio del remuestreo Montecarlo (IC95%, 5000 iteraciones) ratifica que media de forma estadísticamente significativa a la ASI ($\beta= .05$, $p= .021$; IC de .01 a .11). En consecuencia, se cumple parcialmente la hipótesis 2, ya que sólo la DDesorg media la

relación entre la ASI y la DPsi en el grupo de pacientes de la clase diagnóstica de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Tabla 2.

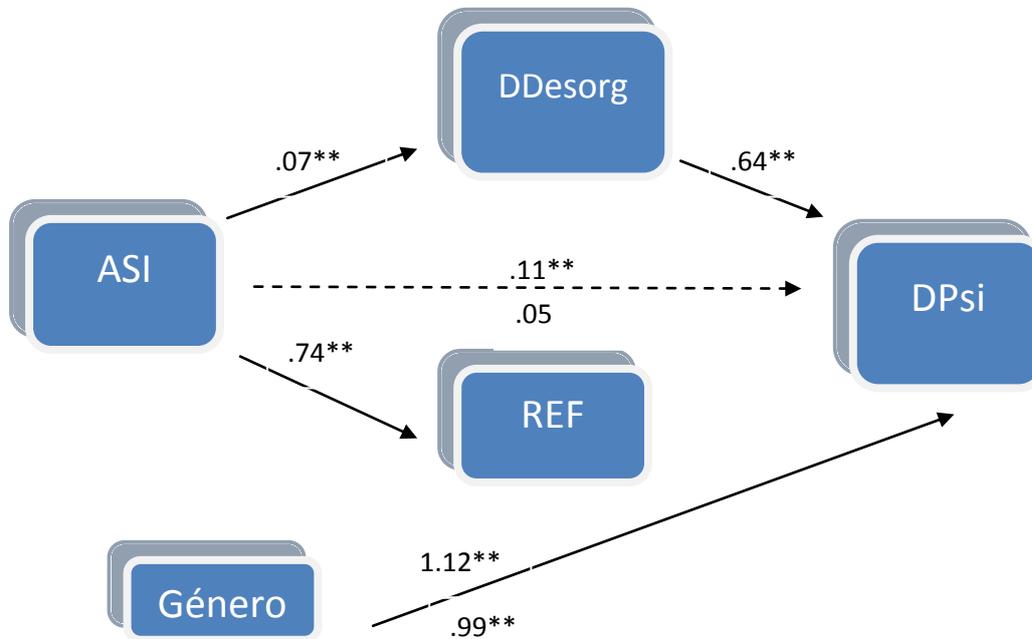
Análisis de la mediación de las variables Dimensión desorganizada y REF, en la relación entre la Saliencia aberrante y la Dimensión psicótica para los pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (N= 104)

Variables Independientes (X)	Variables mediadoras (M)	Variable dependiente (Y)	Efecto de X en M (a)	Efecto de M en Y controlado por X (b)	Efecto			Efecto total C
					directo C'	Efecto Indirecto a x b	95% IC	
ASI	DDesorg	DPsi	0.07**	0.64**	0.05	0.05†	0.00,0.11	0.11**
	REF		0.18			0.12	-0.36,0.69	
Género	DDesorg	DPsi	0.74**	0.00	0.99*	0.00†	-0.04,0.05	1.12*
	REF		2.93			0.00	-0.26,0.33	

Nota. Los datos muestran los coeficientes β no estandarizados y están basados en el procedimiento de remuestreo Montecarlo para 5000 iteraciones, IC: intervalo de confianza, 95%. ASI: Saliencia aberrante, REF: Ideas de referencia, DDesorg: Dimensión desorganizada de la BPRS, DPsi: dimensión psicótica de la BPRS. $p < .05$ † $p < .01$ ** $p < .001$.

Figura 2.

Análisis de mediación entre la variable predictora Saliencia aberrante (ASI), las variables mediadoras Ideas de referencia (REF) y Dimensión Desorganizada (DDesorg), sobre la variable criterio Dimensión psicótica (DPsi) para el grupo de pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (N= 104)



Nota. Los valores numéricos corresponden a los coeficientes de regresión estandarizados (β).

En cuanto a la tercera hipótesis para poner a prueba la uni o multidimensionalidad de la *saliencia aberrante*, se realiza un análisis mediacional con la muestra de pacientes pertenecientes a la clase diagnóstica Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (N= 104). Las variables predictoras son los factores del inventario ASI: *Comprensión inminente*, CI; *Agudización de los sentidos*, AS; *Cognición aumentada*, CA; *Significado incrementado*, SI; y *Emoción aumentada*, EA, y el género. La relación con la DPsi de este conjunto de variables es significativa ($F= 4.558$, $p= .001$), explicando un 35.97% de la varianza. El efecto total sólo es significativo para la variable CA ($\beta= .38$; $t= 2.307$, $p= .027$) y género ($\beta= 1.26$; $t= 3.240$, $p= .002$). La entrada de la variable mediacional REF es estadísticamente significativa ($F= 3.282$, $p= .012$), explicando un 26.49% de la varianza (pero no hubo relación significativa con CA: $\beta= .53$; $t= 0.743$, $p= .462$). La entrada en el sistema de la variable mediacional DDesorg es estadísticamente significativa ($F= 3.350$, $p= .0011$), explicando un 27.07% de la varianza. El resultado final muestra un modelo estadísticamente significativo que explica un 44.15% de la

varianza ($F= 4.754, p= .000$). El efecto directo es estadísticamente significativo para el género ($\beta= 1.12; t= 2.98, p= .005$), siendo parcial la mediación. En el caso de los factores de ASI, tan sólo CA cumplió una posible mediación con la DDesorg ($\beta= .30; t= 2.470, p= .019$), mediación completa (efecto directo: $\beta= .20; t= 0.186, p= .224$). Sin embargo, el análisis de la interacción ($a \cdot b$) con la DDesorg por medio del remuestreo Monte Carlo (IC95%, 5000 iteraciones) muestra definitivamente que este efecto indirecto no es significativo ($\beta= .17, p= .102$; IC de .06 a .29). La variable REF no resultó significativa en su efecto b y, por tanto, perdió su papel de mediadora ($\beta= .00; t= 0.048, p= .961$). El análisis muestra homogeneidad en la interacción ($X \cdot M$) (prueba omnibus $F= 0.735, p= .702$, y también para cada variable por separado). Dado que no se dieron todas las condiciones para la mediación, particularmente la interacción $a \cdot b$ en el caso de CA mediada por la DDesorg, se cumple la hipótesis 3 de unidimensionalidad de la Saliencia aberrante entre los pacientes de la clase diagnóstica de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Discusión

Este trabajo de investigación parte del modelo de Kapur que señala un papel destacado de la saliencia aberrante en la psicosis especialmente en el inicio y mantenimiento de la sintomatología positiva (Kapur, 2003). A pesar de que en los últimos años se ha avanzado en lo que concierne al papel de la saliencia en la psicosis, no existen estudios que se hayan aproximado a la saliencia aberrante y la sintomatología psicótica desde un modelo mediacional. Por tanto, este estudio resulta claramente novedoso y puede ser de gran relevancia en la comprensión del origen y mantenimiento de la psicosis, puesto que el objetivo principal es hallar un modelo de mediación múltiple capaz de predecir factores de riesgo y/o de propensión a la psicosis, como son la saliencia aberrante, las ideas de referencia y la desorganización psicótica.

En el primer análisis de mediación, realizado con el total de la muestra clínica, se muestra un efecto de mediación parcial significativo entre la saliencia aberrante y la dimensión psicótica por las ideas de referencia y la dimensión desorganizada. Por tanto, se cumple la hipótesis 1. La variable predictiva género parece lograr una relación de mediación completa sobre la dimensión psicótica pero sólo a través de la dimensión desorganizada, no a través de las ideas de referencia. Esto coincide con el hecho de que habitualmente no se encuentran diferencias en las ideas de referencia por género

(Lenzenweger et al., 1997; Senín-Calderón et al., 2014), por lo que la participación de esta variable predictora es a través de la dimensión desorganizada.

De este resultado se desprende que cuando surge el fenómeno de saliencia aberrante va a existir una mayor probabilidad de situarnos en una dimensión psicótica, pero ha de ser a partir de variables como las ideas de referencia y la dimensión desorganizada. El hecho de que el género también esté mediado por esta dimensión psicótica coincide con el hecho del elevado peso resultante global de esta variable mediadora sobre la dimensión psicótica.

Este resultado puede ser muestra de la complejidad global del proceso resultante sobre la dimensión psicótica. Participa un componente de atribución de significado de vivencias particulares, el autocentrismo habitualmente señalado en el estudio de los síntomas prodrómicos y criterios de alto riesgo (Gross, Huber, Klosterkötter, & Linz, 2008; Schultze-Lutter, Ruhrmann, Berning, Maier, & Klosterkötter, 2010). Descrito en términos de (Stompe, Ortwein-Swoboda, Ritter, & Schanda, 2003), durante esta fase prodrómica, un momento de externalización (donde se realizan autoatribuciones) previa al momento de concreción o fusión con la ideación psicótica (y que da paso a la fase activa-productiva).

A continuación, se pretendió comprobar si dicha mediación se mantenía en una muestra correspondiente sólo a pacientes con cuadros psicóticos, debido a que la saliencia aberrante es un proceso que aparece en cierta medida en la población general y además se encuentra presente en la patología de forma global (Egerton et al., 2013; Winton-Brown et al., 2014), pero debía evidenciarse en esta clase diagnóstica acerca de los trastornos psicóticos. Al tomar esta muestra de participantes, se obtiene la mediación de la saliencia y la dimensión psicótica por parte de la dimensión desorganizada, no participando en este caso las ideas de referencia y logrando un porcentaje de varianza explicada algo menor que en el análisis previo. Es posible que en personas con trastornos mentales con una importante desorganización, por ejemplo entre quienes estaban en unidades de hospitalización, fuese complicado leer, reconocer, y comunicar ciertos estados mentales, resultando un inconveniente para la evaluación de las diferentes categorías diagnósticas de esta clase. Es posible también que la medicación igualase a los participantes de esta clase diagnóstica, o que las ideas de referencia sean un proceso común entre las diferentes categorías de esta clase diagnóstica (Senín-

Calderón, C., Rodríguez-Testal & Perona-Garcelán, 2015), y más claramente diferente cuando se incluyen otras categorías diferentes del espectro psicótico. Es posible igualmente que, a pesar de su relación con la dimensión psicótica, la presencia de ideas de referencia no sea definitivamente relevante para mediar el proceso entre la saliencia y la dimensión psicótica: quizá se trate en este caso de una relación directa que tenga a su vez que ver con otros procesos.

Por lo tanto, los dos primeros análisis señalan la relevancia de la saliencia aberrante dentro del modelo predictivo de la psicosis y, a su vez, indican que dicha relación se encuentra mediada en especial por la desorganización. Esto puede revelar la complejidad del proceso para llegar a la dimensión psicótica, puesto que abarca diferentes elementos y parece indicar momentos diferenciados, ya que ante un cambio de la importancia de los estímulos (internos o externos) parece que sigue, en un primer momento, las ideas de referencia, quizás como un elemento que implica cierta elaboración cognitiva de la saliencia y paralelamente pero con un mayor peso y, en especial en los cuadros clasificados como puramente psicóticos, la desorganización. El elemento de dimensión desorganizada puede implicar gravedad, una desorganización psíquica que conllevaría también el desorden a nivel comportamental. El modelo obtenido parece indicar que a pesar de que la saliencia puede ser un fenómeno patente en la población general es quizá cuando este fenómeno permanezca y se encuentre acompañado de una cierta elaboración cognitiva con implicación social, como son las ideas de referencia y, sobre todo, cuando implique una desestructuración global, cuando se situará próximo a la psicosis.

La importancia de la desorganización en los dos primeros análisis como variable constante que media la relación saliencia y síntomas psicóticos puede tener que ver con el hecho de que la saliencia sea la base para la desorganización posterior. Recientemente, Cicero et al. (2015), centrados en la interacción de la saliencia con la claridad del autoconcepto (en el sentido propias creencias sostenidas con confianza y consistencia interna), destacan que no encuentran relación entre estas dos variables con respecto a la desorganización, excepto en los trastornos del pensamiento. Este estudio se fundamentó en estudiantes universitarios, pero puede sugerir que la desorganización debe detallarse y seguir con un diseño longitudinal para asegurar su relevancia en el desarrollo psicótico. Quizá la saliencia pueda implicar por sí misma cierta desorganización cognitiva, quizá debido al torrente de estímulos que hay que procesar y

que va a implicar una descomposición de la realidad; no existen filtros, todo pasa a un nivel consciente, o más bien hiper-consciente. De esta manera, la saliencia aberrante conecta con la hiperreflexividad: son experiencias pre-reflexivas las que vive la persona (Nordgaard, & Parnas, 2014; Parnas et al., 2003; Parnas, 2005; Sass, 1992b) y que recuerda las descripciones clásicas sobre el periodo previo a un estado agudo, como el *trema* de Conrad, o la clasificación que diferencia las ideas delirantes primarias o secundarias de Jaspers, entre otros autores clásicos (Conrad, 1958; Jaspers, 1977).

Asimismo, se planteó la pregunta acerca de qué papel tendrían los factores de la saliencia considerándolos por separados como variables predictoras dado que, como se expuso en el estudio 1, se ha diferenciado cinco factores de la saliencia aberrante. Los resultados muestran que los factores de forma independiente no participan en el proceso de mediación, a pesar de su relación significativa con la dimensión psicótica. De esta manera, se cumple la hipótesis 3, al no obtener beneficios considerando los factores por separado y, por tanto, parece ser una medida esencialmente unidimensional en su relación con la dimensión psicótica para la clase diagnóstica de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Una cuestión interesante que se ha hallado en este trabajo es el papel del género como variable predictora, sobre todo en el primer análisis, en el que su relación con la dimensión psicótica estaba mediada por la desorganización. Cabe señalar que las diferencias de género se han estudiado ampliamente en las últimas décadas y, aunque se han encontrado multitud de hallazgos, sigue estando en debate el alcance de las diferencias entre hombres y mujeres con psicosis (Grossman, Harrow, Rosen, Faull, & Strauss, 2008). En este trabajo, los resultados muestran que la variable género tiene un papel importante y es posible que los casos con mayor desorganización, en general, correspondieran a los varones, mientras que en la mediación de la clase diagnóstica de psicosis, la relación género-dimensión psicótica fuese más directa. Una posible explicación puede ir en línea con el mencionado mayor funcionamiento premórbido en las mujeres con psicosis o, en sentido contrario, un perfil más deteriorado en los hombres que en las mujeres antes de la aparición del trastorno que puede conllevar mayor desorganización (Jiménez García-Boveda & Vázquez Morejón, 2006; Ochoa, Usall, Cobo, Labad, & Kulkarni, 2012).

En definitiva, el objetivo general de este estudio era tratar de elaborar un modelo que permitiera aproximarse a la articulación de un proceso psicopatológico de carácter psicótico. El supuesto inicial de considerar la saliencia aberrante como un elemento clave en la formación y mantenimiento de la clínica psicótica se ha confirmado, mientras que las ideas de referencia y la dimensión desorganizada actúan como mediadores de la relación con la dimensión psicótica. No obstante, el fenómeno de la saliencia aberrante no parece ser exclusiva de los cuadros clínicos psicóticos, sino que parece ser un proceso patológico más general, dando una perspectiva de continuo. El potencial de este trabajo radica en analizar la contribución de la saliencia sobre la cadena causal de eventos que llevan al desarrollo de la psicosis y, en este sentido, se confirma que la saliencia aberrante juega un papel importante para predecir sintomatología psicótica y un elemento que presumiblemente es previo a la irrupción de la psicosis. Recientemente, se ha vinculado la saliencia a las experiencias cuasi-psicóticas y la propia psicosis y se ha propuesto una relación de la saliencia con las experiencias alteradas del yo, para la predicción y prevención de la psicosis, como “dimensiones vivenciales claves” del pródromo (Moller & Husby, 2000; Nordgaard & Parnas, 2014; Parnas & Henriksen, 2014).

Es evidente que este modelo es una simplificación de la realidad. Es altamente probable que sean varias las variables y relaciones que faltan por integrar junto con las ideas de referencia y, esencialmente, con la desorganización. Como ya se mencionó, los trabajos de Cicero et al. (2013; 2015), aluden a que no es la saliencia de forma aislada el proceso diana, sino su interacción con otros procesos como el autoconcepto. Por otro lado, la relación entre el trauma y medidas psicóticas o cuasi-psicóticas, es una de las líneas fructíferas actuales, que indica como variable mediadora el estilo de vinculación de la persona o paciente (Sheinbaum, Kwapil, & Barrantes-Vidal, 2014). Es más, algunas de las medidas habitualmente desarrolladas en este sentido tiene que ver con la esquizotipia, como riesgo psicométrico para la psicosis (Obiols & Barrantes-Vidal, 2014). Sería interesante verificar que la saliencia forma parte de las vivencias de personas con indicadores claros de esquizotipia, o más claramente entre personas que ya presentan el Trastorno esquizotípico de la personalidad (que precisamente son los que obtuvieron el promedio más pronunciado en saliencia, como se presentó en el estudio 1). Aparte de todo lo mencionado, se observó que algunos procesos emocionales en un sentido de evaluación común, como la ansiedad y la depresión, no tuvieron una relación

en los análisis iniciales. Sin embargo, la saliencia aberrante incluye cambios de tipo emocional que no responden a esa descripción clínica común (Vodušek, Parnas, Tomori, & Škodlar, 2014). Es posible que una línea de estudio muy relevante se relacione con estados emocionales más extraños, más difícilmente evaluables como la ansiedad o depresión habituales, por lo que el modelo global podría quedar más detallado y estructurado.

A partir de los resultados, podría plantearse la inclusión de la evaluación de la saliencia aberrante como otros indicadores de riesgo alto para la psicosis, pero de forma psicométrica, pudiendo contribuir a una predicción sensible y más precisa. Una de las potencialidades de este planteamiento es que se podría evaluar un fenómeno complejo y con diferentes matices de una manera rápida y sencilla como es con el Inventario de Saliencia Aberrante ASI. Su utilidad a nivel de cribado o screening es particularmente importante, puesto que la evaluación sería a partir de un solo instrumento que no necesita una entrevista ni un entrenamiento previo y que tiene valores adecuados con respecto a la sensibilidad y especificidad a pesar de ser un inventario relativamente corto (Fusar-Poli et al., 2015a). Por tanto, alcanza propiedades psicométricas similares a las arrojadas por otros instrumentos como entrevistas o cuestionarios más extensos que requieren de un tiempo de aplicación mayor y de un entrenamiento previo por parte del profesional a cargo de realizar la evaluación (Raballo, & Parnas, 2012). De hecho, parece que el inventario ASI parece lograr un buen equilibrio entre la especificidad y sensibilidad, aspecto central por su importancia en el campo de la prevención de la psicosis y de su tratamiento para prevenir el deterioro (Fusar-Poli, et al., 2015b).

El presente trabajo presenta algunas limitaciones que han de tenerse en cuenta ante la posible generalización de los resultados. En primer lugar, se utilizó un diseño de corte transversal de una medida, el cual impide realizar un seguimiento de los sujetos a lo largo de su desarrollo, y observar cómo comportan desde el punto de vista temporal los fenómenos de estudio. Esto supone una clara limitación con respecto a la causalidad en la relación entre las variables analizadas, por lo que los análisis de mediación se podrían considerar como una aproximación a un estudio causal. Debería ponerse a prueba una medida de la saliencia temporalmente previa a la evaluación de la dimensión psicótica. Sin embargo, un aspecto que da fortaleza a los resultados es que la medida principal en este estudio es evaluada por el clínico, por lo que se ha hecho de manera independiente a la valoración por parte del paciente de la saliencia (inventario ASI) o

las ideas de referencia (REF). Otro aspecto a considerar es que la selección de los participantes clínicos no ha sido aleatoria y, además, la dicha muestra cuenta con diferentes categorías diagnósticas lo que va a suponer de por sí heterogeneidad clínica. En este sentido, también se ha contado con una muestra clínica limitada que supone una restricción al estudio, quizás sería relevante obtener más casos de personas con trastornos del espectro esquizofrénico o con un determinado diagnóstico clínico. Otro aspecto a valorar es el número de variables tanto independientes como mediadoras consideradas puesto que afecta a las fuentes de error, especialmente importante en el tercer análisis realizado.

Futuros estudios podrían tener en cuenta estas limitaciones, así como estudiar la relación de la saliencia aberrante con otros fenómenos como la absorción y la disociación, así como seguir profundizando en el vínculo con la claridad del autoconcepto (Cicero et al., 2013; Cicero et al., 2015). Otra cuestión interesante a la luz de los resultados obtenidos en diferentes cuadros clínicos dentro de las categorías psicóticas, es seguir estudiando la saliencia ya que podría reflejar diferentes momentos del trastorno, es decir, podría comportarse de manera diferente con relación a la propia evolución clínica (estados agudos, estabilización, etc). Además, las futuras investigaciones podrían continuar explorando si las diferencias encontradas con respecto al género en los dos primeros análisis corresponden a proceso causal o responde a otros procesos no estudiados en el presente trabajo.

Conclusiones:

Las principales conclusiones del primer estudio titulado “*Adaptación y validación del Inventario de Saliencia Aberrante en población general y clínica*” son:

1. La versión española del Inventario de Saliencia Aberrante ASI muestra propiedades psicométricas adecuadas tanto para la población clínica como para la población general.
2. Se ha hallado buenos indicadores de fiabilidad de la ASI.
3. Se ha obtenido buena validez de contenido
4. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI discrimina entre pacientes y controles.
5. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI obtiene correlaciones positivas y moderadas con escalas que evalúan propensión a la psicosis.
6. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI predice dimensión psicótica.
7. El constructo de saliencia aberrante se compone de 5 factores de primer orden y un único factor de segundo orden (unidimensional) en coincidencia con sus creadores.
8. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI converge con medidas psicóticas.
9. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI discrimina grandes categorías o clases diagnósticas.

Las principales conclusiones del estudio dos titulado “*Análisis de mediación entre la saliencia aberrante y la dimensión psicótica*” son:

1. El primer modelo mediacional de la relación entre la saliencia aberrante y la dimensión psicótica muestra una mediación por parte de las ideas de referencia y la dimensión desorganizada, con un 63.71% de la varianza explicada.
2. La explicación de la varianza mejora al incluir las variables mediadoras en el modelo: dimensión desorganizada e ideas de referencia, cuando la muestra está compuesta por el conjunto de las clases diagnósticas.
3. El género está mediado por la dimensión desorganizada al relacionarse con la dimensión psicótica.
4. Las ideas de referencia no participan como variable mediadora cuando la muestra se compone sólo con cuadros psicóticos.
5. La dimensión desorganizada parece ser el elemento con mayor relevancia dentro del modelo de mediación.
6. Los diferentes factores de la saliencia aberrante no juegan un papel importante en el modelo mediacional, por lo que se desprende que la saliencia ha de considerarse como una medida unidimensional.
7. La saliencia aberrante es un fenómeno complejo que conecta con otros elementos de importancia reconocida en los cuadros psicóticos, que puede explicar el origen y mantenimiento de la sintomatología psicótica, y que puede considerarse como un criterio de riesgo para la psicosis.
8. El género es una variable que es necesario tener en cuenta en el abordaje de pacientes con psicosis.

Referencias

- A. P. A. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M., & Zipursky, B., R. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, *125*, 54–61.
- Addington, J., Francey, S. M., & Morrison, A. (2006). *Working with people at high risk of developing psychosis. A treatment handbook*. (L. John Wiley and Sons, Ed.). Chichester.
- Andersen, J. P. (1989). Monomer-oligomer equilibrium of sarcoplasmic reticulum ca-ATPase and the role of subunit interaction in the Ca²⁺ pump mechanism. *Biochimica Et Biophysica Acta - Reviews on Biomembranes*, *988*(1), 47–72.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173–1182.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77–100.
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(5), 219–26. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.03.004>
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, *21*, 1143–1192.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 331–341.
- Berner, P. (1991). Delusional atmosphere. *British Journal of Psychiatry*, *159* (14), 88–93.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (1998). What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? *Brain Research Reviews*, *28*, 309–369.
- Bhattacharyya, S., Crippa, J. A., Allen, P., Martin-Santos, R., Borgwardt, S., Fusar-Poli, P., Rubia, K., ... McGuire, P. K. (2012). Induction of psychosis by $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol reflects modulation of prefrontal and striatal function during attentional salience processing. *Archives of General Psychiatry*, *69*(1), 27–36.
- Bindra, D. (1974). A motivational view of learning performance, and behavior modification. *Psychological Review*, *81*, 199–213.

- Boehme, R., Deserno, L., Gleich, T., Katthagen, T., Pankow, a., Behr, J., ... Schlagenhaut, F. (2015). Aberrant Salience Is Related to Reduced Reinforcement Learning Signals and Elevated Dopamine Synthesis Capacity in Healthy Adults. *Journal of Neuroscience*, *35*(28), 10103–10111. <http://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0805-15.2015>
- Bowers, M. B., J. (1968). Pathogenesis of acute schizophrenic psychosis: An experimental approach. *Archives of General Psychiatry*, *19*, 348–355.
- Bowers, M. B., J., & Freedman, D. . (1966). “Psychedelic” experiences in acute psychoses. *Archives of General Psychiatry*, *15*, 240–248.
- Canals, J., Bladé, J., Carbajo, G., & Domènech-Llaberia, E. (2001). The Beck Depression Inventory: Psychometric characteristics and usefulness in nonclinical adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, *17*(1), 63–68.
- Cannon, M., Walsh, E., Hollis, C., Kargin, M., Taylor, E., Murray, R. M., & Jones, P. B. (2001). Predictors of later schizophrenia and affective psychosis among attendees at a child psychiatry department. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 420–426.
- Cella, M., Cooper, A., Dymond, S., & Reed, P. (2008). The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 544–550.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*, 147–153.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M., & Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 171–183.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 399–407.
- Cicero, D. C., Becker, T. M., Martin, E. a, Docherty, A. R., & Kerns, J. G. (2013). The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences. *Personality Disorders*, *4*(1), 33–42. <http://doi.org/10.1037/a0027361>
- Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). The Aberrant Salience Inventory: a new measure of psychosis proneness. *Psychological Assessment*, *22*(3), 688–701. <http://doi.org/10.1037/a0019913>
- Cicero, D. C., Martin, E. a., Becker, T. M., Docherty, A. R., & Kerns, J. G. (2014). Correspondence between psychometric and clinical high risk for psychosis in an undergraduate population. *Psychological Assessment*, *26*(3), 901–915. <http://doi.org/10.1037/a0036432>
- Clérambault, G. . (1920). *El automatismo mental*. Madrid: DOR.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: LEA.

- Colleen, A. B., Kieffaber, P. D., Clementz, B. A., Johannesen, J. K., Shekhar, A., O'Donnell, B. F., & Hetrick, W. P. (2009). Event-related potential abnormalities in Schizophrenia: A failure to "Gate In" information? *Schizophrenia Research*, *113*, 1–14.
- Compton, M. T., McGlashan, T. H., & McGorry, P. D. (2007). Toward prevention approaches for schizophrenia: An overview of prodromal states, the duration of untreated psychosis, and early intervention paradigms. *Psychiatric Annals*, *37*, 340–348.
- Conrad, K. (1958). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Correll, C. U., Auther, A. M., & Nakayama, E. (2003). The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(4), 633–651.
- Cutting, J. (1989). Gestalt theory and psychiatry: Discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *82*, 429–431.
- Deale, A., Chalder, T., Marks, I., & Wessely, S. (1997). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 408–414.
- Di Chiara, G. (1999). Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European Journal of Pharmacology*, *375*, 13–30.
- Eckbald, M., & Chapman, L. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 215–225.
- Egerton, A., Chaddock, C. A., Winton-Brown, T. T., Bloomfield, M. A. P., Bhattacharyya, S., Allen, P., ... Howes, O. D. (2013). Presynaptic striatal dopamine dysfunction in people at ultra-high risk for psychosis: Findings in a second cohort. *Biological Psychiatry*, *74*(2), 106–112. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.017>
- Ellison, Z., Van Os, J., & Murray, R. (1998). Special feature: childhood personality characteristics of schizophrenia: manifestations of, or risk factors for, the disorder? *Journal of Personality Disorders*, *12*, 247–261.
- Faraone, S. V., Green, A. I., Seidman, L. J., & Tsuang, M. T. (2001). "Schizotaxia": clinical implications and new directions for research. *Schizophrenia Bulletin*, *27*, 1–18.
- Floyd, F., & Widaman, K. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, *7*, 286–299.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *40*, 169–176.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-giráldez, S., & Sierra-baigrie, S. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*, *23*, 87–93.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 425–57. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>

- Freeman, D., Bentall, R., & Garety, P. (2008). *Persecutory delusions. Assessment, theory and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Frith, C. D., Blakemore, S., & Wolpert, D. M. (2000). Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Research Reviews*, *31*, 357–363.
- Fusar-poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-rössler, A., Schultze-lutter, F., ... Yung, A. (2013). The Psychosis High- Risk State: A comprehensive state-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*, *70*(1), 107–120.
<http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>.The
- Fusar-Poli, P., Cappucciati, M., Rutigliano, G., Schultze-Lutter, F., Bonoldi, I., Borgwardt, S., ... McGuire, P. (2015). At risk or not at risk? A meta-analysis of the prognostic accuracy of psychometric interviews for psychosis prediction. *World Psychiatry*, *14*, 322–332.
- Fusar-Poli, P., Rocchetti, M., Sardella, a., Avila, a., Brandizzi, M., Caverzasi, E., ... McGuire, P. (2015). Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(3), 198–206.
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157115>
- García, M. A., & Vallejo, G. (2011). Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica [The effects of third variables in psychological research]. *Anales de Psicología*, *27*(2), 550–561.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, *31*, 189–195.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., & Linz, M. (2008). *BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*. Aachen: Shaker Verlag.
- Grossman, L. S., Harrow, M., Rosen, C., Faull, R., & Strauss, G. . (2008). Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(6), 523–529.
- Hambleton, R. K., Merenda, P., & Spielberger, C. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Hanssen, M., Krabbendam, L., Vollema, M., Delespaul, P., & Van Os, J. (2006). Evidence for instrument and family-specific variation of sub- clinical psychosis dimensions in the general population. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 5–14.
- Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2013). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *67*(3), 451–470.
- Heinz, A., & Schlagenhauf, F. (2010). Dopaminergic dysfunction in schizophrenia: salience attribution revisited. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 472–485.
- Hollingshead, A. A. (1975a). *Five factor index of social position*. Yale University: New Haven.C.T.

- Hollingshead, A. A. (1975b). *Five factor index of social position*. Yale University.
- Howes, O. ., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III - The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(3), 549–562.
- Howes, O. ., Montgomery, A. J., Asselin, M. ., Murray, R. M., Valli, L., Tabraham, P., ... Grasby. (2009). Elevated striatal dopamine function linked to prodromal signs of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 13–20.
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta (original, 1913).
- Jensen, J., & Kapur, S. (2009). Salience and psychosis: moving from theory to practise. *Psychological Medicine*, *39*, 197–198.
- Jensen, J., Willeit, M., Zipursky, R. B., Savina, I., Smith, A. J., Menon, M., ... Kapur, S. (2008). The formation of abnormal associations in schizophrenia: neural and behavioral evidence. *Neuropsychopharmacology*, *33*, 473–479.
- Jiménez García-Boveda, R., & Vázquez Morejón, A. (2006). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, *24*(1-3), 157–183.
- Johns, L., & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, *21*, 1125–1141.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a State of Aberrant Salience : A framework linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *160*, 13–23.
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, *79*, 59–68.
- Kapur, S., & Remington, G. (2001). Dopamine D2 receptors and their role in atypical antipsychotic action: still necessary and may even be sufficient. *Biological Psychiatry*, *50*, 873–883.
- Kapur, S., & Seeman, P. (2001). Does fast dissociation from the dopamine D2 receptor explain the action of atypical antipsychotics? a new hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 360–369.
- Kelleher, I., & Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population : characterizing a high-risk group for psychosis ., *41*(1), 1–6.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I. R., Gagnon, E., Guyer, M., & . . Wu, E. Q. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*, *58*, 668–676.
- Kretschmer, E. (1947). *Constitución y carácter: Invetigaciones acerca del problema de a constitución y de la doctrina de los temperamentos*. (1966 Triacastela (original, Ed.). Madrid.

- Laruelle, M., & Abi-Dargham, A. (1999). Dopamine as the wind of the psychotic fire: New evidence from brain imaging studies. *Journal of Psychopharmacology*, *13*, 358–371.
- Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, *20*, 121–135.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., & Lilenfeld, L. R. (1997). The Referential Thinking Scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, *9*, 452–463.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and Alterations in Self-experience: A Comparison of 6 Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(2), 331–340.
<http://doi.org/10.1093/schbul/sbn077>
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, *12*(4), 578–602.
- Maher, B. A. (1974). Anomalous experience and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, *30*, 98–113.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 975–983.
- Mason, L., Trujillo-Barreto, N. J., Bentall, R. P., & El-Deredy, W. (2015). Attentional bias predicts increased reward salience and risk taking in bipolar disorder. *Biological Psychiatry*.
<http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.014>
- Matsumoto, D., & van de Vijver, F. J. R. (2011). *Cross-cultural research methods in psychology*. Nueva York: Cambridge University Press.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T., Woods, S. W., & . . . Breier, A. (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 790–799.
- Moller, P., & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 217–232.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, *23*, 717–734.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. *Psicothema*, *25*(2), 151–7.
<http://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñiz, J., & Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles Del Psicólogo*, *66*, 63–70.
- Murray, R. M., & Lewis, S. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British Medical Journal*, *295*(6600), 681.

- Nelson, B., Whitford, T. J., Lavoie, S., & Sass, L. A. (2014). What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research*, *152*(1), 20–27.
- Nelson, B., Yung, A. R., Bechdolf, A., & McGorry, P. D. (2008). The phenomenological critique and self-disturbance: Implications for ultra-high risk (“prodrome”) research. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(2), 381–392.
- Nordgaard, J., & Parnas, J. (2014). Self-disorders and the Schizophrenia Spectrum: A Study of 100 First Hospital Admissions. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(6), 1300–1307.
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(3), 475–85. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbq099>
- Obiols, J. E., Barragán, M., Vicens, J. O., & Navarro, J. (2008). SÍNTOMAS SEUDO-PSICÓTICOS EN ADOLESCENTES. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, *13*, 205–217.
- Obiols, J.E. & Barrantes-Vidal, N. (2014). *Signos de riesgo y detección precoz de psicosis*. Madrid: Síntesis.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012. <http://doi.org/10.1155/2012/916198>
- Palaniyappan, L., & Liddle, P. F. (2012). Does the salience network play a cardinal role in psychosis? An emerging hypothesis of insular dysfunction. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *37*, 17–27.
- Parnas, J. (2005). Clinical detection of schizophrenia-prone individuals. *British Journal of Psychiatry*, *187*, 111–112.
- Parnas, J., Handest, P., Saebye, D., & Jansson, L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 126–133.
- Parnas, J., Handest, P., Jansson, L., & Sæbye, D. (2005). Anomalous Subjective Experience among First-Admitted Schizophrenia Spectrum Patients: Empirical Investigation. *Psychopathology*, *38*, 259-267. DOI: 10.1159/000088442
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*, 251–265. <http://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000040>
- Parnas, J., & Henriksen, M.G. (2015). Disturbance of the experience of self. A phenomenologically-based approach. En Waters, F. & Stephane, M. (Eds.), *The assessment of psychosis. A reference book and rating scales for research and practice*. NewYork: Routledge.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self- Experience. *Psychopathology*, *38*(5), 236–258.

- Peralta Martín, V., & Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas LusoEspañolas De Neurología Psiquiatría Y Ciencias Afines*, 22(4), 171–177.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 11–29.
- Phillips, P., & Johnson, S. (2001). How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? a literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 269–276.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., & Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053–1058.
- Raballo, A., & Maggini, C. (2005). Experiential anomalies and selfcentrality in schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 124–132.
- Raballo, A., & Parnas, J. (2012). Examination of Anomalous Self-Experience Initial Study of the Structure of Self-Disorders in Schizophrenia Spectrum. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 577–583. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb41
- Rabinowitz, J., Reichenberg, A., Weiser, M., Mark, M., Kaplan, Z., & Davidson, M. (2000). Cognitive and behavioural functioning in men with schizophrenia both before and shortly after first admission to hospital: cross-sectional analysis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 26–32.
- Radua, J., Borgwardt, S., Crescini, A., Mataix-Cols, D., Meyer-Lindenberg, A., McGuire, P. K., & Fusar-Poli, P. (2012). Multimodal meta-analysis of structural and functional brain changes in first episode psychosis and the effects of antipsychotic medication. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 2325–2333.
- Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (1996). Neurobehavioural mechanisms of reward and motivation. *Current Opinion in Neurobiology*, 6, 228–236.
- Roiser, J. P., Stephan, K. E., den Ouden, H. E., Friston, K. J., & Joyce, E. M. (2010). Adaptive and aberrant reward prediction signals in the human brain. *Neuroimage*, 50, 657–664.
- Roiser, J. P., Stephan, K. E., M. den Ouden, H. E., Barnes, T. R. E., Friston, K. J., & Joyce, E. M. (2009). Do patients with schizophrenia exhibit aberrant salience? *Psychological Medicine*, 39, 199–209.
- Ros-Morente, A., Vilagrà-Ruiz, R., Rodríguez-Hansen, G., Wigman, J., & Barrantes- Vidal, N. (2011). Process of adaptation to Spanish of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 95–105.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., & Tebb, S. S. (2001). Using structural equation modeling to test for multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 8, 613–626.

- Rubio, J. L., Ruiz-Veguilla, M., Hernández, L., Barrigón, M. L., Salcedo, M. D., Moreno, J. M., ... Ferrín. (2011). Jumping to conclusions in psychosis: A faulty appraisal. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 199–204.
- Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología (original, 1946).
- Scholten, M. R., van Honk, J., Aleman, A., & Khan, R. S. (2006). Behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS) and schizophrenia: Relationship with psychopathology and physiology. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 638–645.
- Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2012). *Instrumento de vulnerabilidad a la Esquizofrenia, Versión para Adultos (SPI-A)*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Schultze-lutter, F., Ruhrmann, S., Berning, J., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2008). Basic symptoms and Ultrahigh Risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 182–191.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Pickler, H., & Klosterkötter, J. (2006). Predicting psychosis: The role of subjective cognitive disturbances. *Schizophrenia Research*, 81, 270.
- Seamans, J. K., & Yang, C. R. (2004). The principal features and mechanisms of dopamine modulation in the prefrontal cortex. *Progress in Neurobiology*, 74, 1–58.
- Seeman, P. (1987). Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Synapse*, 1, 133–152.
- Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J. F., & Perona-Garcelán, S. (2015). Las ideas de referencia y la preocupación por su presencia: Estudio sobre su relevancia para la caracterización de las psicosis. *Revista Iberoamericana de Psicología Y Salud*, *Manuscrito*.
- Senín-Calderón, M. C., Rodríguez-Testal, J. F., Fernández-Jiménez, E., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M. M., & Fuentes-Márquez, S. (2010). Reliability and validity of the REF scale for referential thinking. *European Psychiatry*, 25(Suppl.1), 758.
- Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Fearful attachment mediates the association of childhood trauma with schizotypy and psychotic-like experiences. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 691–693. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.030>
- Simon, A. E., Dvorsky, D. N., Boesch, J., Roth, B., Isler, E., Schueler, P., ... Umbricht, D. (2006). Defining subjects at risk for psychosis: A comparison of two approaches. *Schizophrenia Research*, 81(1), 83–90.

- Smieskova, R., Roiser, J. P., Chaddock, C. A., Schmidt, A., Harrisberger, F., Bendfeldt, K., ... Borgwardt, S. (2015). Modulation of motivational salience processing during the early stages of psychosis.
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, *32*, 347–358.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., Ritter, K., & Schanda, H. (2003). Old Wine in New Bottles? Stability and Plasticity of the Contents of Schizophrenic Delusions. *Psychopathology*, *36*, 6–12.
- Strange, P. G. (2001). Antipsychotic drugs: importance of dopamine receptors for mechanisms of therapeutic actions and side effects. *Pharmacological Reviews*, *53*, 119–133.
- Tandon, N., Montrose, D., Shah, J., Rajarethinam, R. P., Diwadkar, V. A., & Keshavan, M. S. (2012). Early prodromal symptoms can predict future psychosis in familial high-risk youth. *Journal of Psychiatric Research*, *46*, 105–110.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., ... Dunn, G. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 231–239.
- Toates, F. (1998). The interaction of cognitive and stimulus-response processes in the control of behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *22*, 59–83.
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2000). Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1041–1050.
- Van de Vijver, F. J. R., & Tanzer, N. K. (1997). Bias and equivalence in crosscultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology*, *47*(4), 263–279.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, *45*, 11–20.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 1–17.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*, 179–195. <http://doi.org/doi:10.1017/S0033291708003814>.
- Vargas, M. L., & Lahera, G. A. (2011). A proposal for translating the english term Saliency into spanish. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *39*, 271–272.
- Vodušek, V.V., Parnas, J., Tomori, M., & Škodlar, B. (2014). The phenomenology of emotion experience in first-episode psychosis. *Psychopathology*. *47*(4), 252-260. doi: 10.1159/000357759.

- Voruganti, L. N., Heslegrave, R. J., & Awad, A. G. (1997). Neuroleptic dysphoria may be the missing link between schizophrenia and substance abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 463–465.
- Walker, E. F., Grimes, K. E., Davis, D. M., & Smith, A. J. (1993). Childhood precursors of schizophrenia: facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1654–1660.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 44*, 660–669.
- Winterer, G., & Weinberger, D. R. (2004). Genes, dopamine and cortical signal-to-noise ratio in schizophrenia. *Trends in Neurosciences, 27*, 683–690.
- Winton-Brown, T. T., Fusar-Poli, P., Ungless, M. a., & Howes, O. D. (2014). Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends in Neurosciences, 37*(2), 85–94.
<http://doi.org/10.1016/j.tins.2013.11.003>
- Woods, S. W., Walsh, B. C., Saks, J. R., & McGlashan, T. H. (2010). The case for including attenuated psychotic symptoms syndrome in DSM–5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research, 123*, 199–207.

Anexos

Anexo 1

EVALUACIÓN INICIAL AUTOAPLICADA

FECHA _____ NOMBRE (INICIALES): _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____ Nº HIJOS _____
ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS: _____
PROFESIÓN: _____
En caso de ser estudiante: estudios del cabeza de familia: _____
Profesión del cabeza de familia: _____

1.- ¿Tiene actualmente alguna enfermedad médica? ¿Cuál/es? (tome como referencia los últimos 7 días)

2.- ¿Toma actualmente algún medicamento? ¿Cuál/es? (si no recuerda los nombres indique para qué los toma: analgésicos; ansiolíticos; para el control del azúcar; para dormir; etc.)

3.- ¿Ha tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida? ¿Cuál/es?

4.- ¿Presenta algún trastorno mental en la actualidad? ¿Cuál/es?

5.- ¿Consumo alcohol o algún tipo de droga?

Tipo: _____	Frecuencia: _____

Anexo 2

Escala de Saliencia (Cicero et al., 2010). Adaptación al castellano Rodríguez-Testal et al. (2013)

NOMBRE (iniciales) _____ SEXO _____ EDAD _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta marcando con un aspa (X) bajo la columna que mejor se ajuste a cada frase que irá leyendo acerca de distintas situaciones y experiencias. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas. Puede comenzar a rellenar la prueba:

	SÍ	NO
1. ¿Alguna vez te ha pasado que ciertas cosas triviales de pronto adquieren una importancia o significado especial para ti?		
2. ¿Sientes a veces que estás al borde o a punto de algo realmente importante, pero no estás seguro de qué es?		
3. ¿Sientes algunas veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen más sensibles o se agudizan?		
4. ¿Has sentido alguna vez como si te acercaras rápidamente al tope de tu capacidad intelectual?		
5. ¿A veces notas que pequeños detalles en los que antes no te habías fijado parecen importantes?		
6. ¿A veces sientes que es importante para ti comprender algo, pero no estás seguro de qué es?		
7. ¿Pasas alguna vez por periodos en los que te sientes especialmente religioso o místico?		
8. ¿Algunas veces tienes dificultad en distinguir si estás emocionado, asustado, dolido, o ansioso?		
9. ¿Algunas veces pasas por periodos de mayor sensibilidad (o que te das más cuenta de cualquier cosa)?		
10. ¿Has sentido alguna vez la necesidad de dar sentido a situaciones o sucesos aparentemente azarosos o casuales?		
11. ¿Te sientes a veces como si encontrases la pieza perdida de un rompecabezas?		
12. ¿Algunas veces sientes que puedes oír con mayor claridad?		
13. ¿Sientes a veces que eres una persona con una espiritualidad especialmente desarrollada?		
14. ¿Las observaciones más habituales o cotidianas adquieren a veces un significado negativo o de mal agüero?		
15. ¿Pasas por periodos en los que las canciones parecen tener un significado importante en tu vida?		
16. ¿Algunas veces atribuyes importancia a objetos o cosas que normalmente no darías?		
17. ¿Sientes algunas veces que estás a punto (a borde) de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?		
18. ¿Te ha parecido alguna vez que tu sentido del gusto era más agudo o preciso?		
19. ¿Has sentido alguna vez como si los misterios del universo se te revelasen?		
20. ¿Pasas por periodos en los que te sientes sobreestimulado o saturado por cosas o experiencias que normalmente son manejables?		
21. ¿A menudo llegas a fascinarte por las cosas sin importancia que te rodean?		
22. ¿A veces llegan tus sentidos (vista, oído, etc.) a parecer extremadamente fuertes o claros?		
23. ¿Sientes alguna vez como si un mundo entero se te abriera para ti?		
24. ¿Has sentido en algún momento que has perdido los límites entre tus sensaciones internas y externas?		
25. ¿Sientes a veces que el mundo se está cambiando y buscas una explicación?		
26. ¿Alguna vez has sentido una urgencia inexpresable, y no estás seguro de qué hacer?		
27. ¿Algunas veces has llegado a interesarte por personas, sucesos, lugares, o ideas que normalmente no te llamarían la atención?		
28. ¿En algún momento tus pensamientos y percepciones van más rápido de lo que pueden asimilarse?		

29. ¿A veces notas que cosas a las cuales antes no prestabas atención, adquieren un significado especial?		
---	--	--

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA FRASE SIN RESPONDER.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3

ESCALA REF DE LENZENWEGER (1996; 1997). Adaptación experimental forma A.

NOMBRE _____	SEXO _____	EDAD _____
FECHA _____	HISTORIA Nº _____	PACIENTE / NO PAC. _____
DIAGNÓSTICO EJE I: _____		EJE II: _____

Por favor, lea las siguientes cuestiones y responda Verdadero (V) o Falso (F) rodeando con un círculo, según **si se aplican a Vd. en estos últimos siete días**. En el caso de que haya dicho Verdadero (V), indique **en qué medida le preocupa o afecta** esta idea, en una escala de 0 a 5, donde 0 significa ninguna preocupación, 1 significa poca preocupación, y 5 máxima preocupación o afectación. No deje ninguna pregunta sin contestar y responda tan honestamente como sea posible, dando únicamente la opinión acerca de Vd. mismo/a. No tenga en cuenta las actitudes, sentimientos o experiencias que pudo haber experimentado bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Puede comenzar a rellenar la prueba.

1. Cuando oigo por casualidad una conversación, a menudo me pregunto si la gente está diciendo cosas malas sobre mí.
__V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
2. A menudo pienso que la gente habla sobre mí cuando voy por la calle. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
3. Si veo a alguien riendo, con frecuencia me pregunto si se está riendo de mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
4. Muchas veces gente extraña o que no conozco se ríe de mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
5. La gente, a menudo, se inquieta o cambia cuando entro en una habitación. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
6. Cuando veo a dos personas hablando de trabajo generalmente creo que me están criticando. __V/F__ preocupación 0 1 2 3 4 5
7. Cuando oigo a dos personas hablando una lengua extranjera, muchas veces pienso que pueden estar comentando mi conducta.
__V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
8. La gente que no conozco a menudo se fija en cómo visto. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
9. Muchas veces siento que la gente me mira. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
- 10 Cuando escucho una de mis canciones favoritas, pienso que se escribió para mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
11. He leído libros que parecen haberse escrito para mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
12. Las películas a menudo parecen ser similares a mi historia o mi vida. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
13. Muchas veces me pregunto si el locutor de radio selecciona las canciones precisamente para mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
14. Bastante a menudo me pregunto si la gente está riéndose cuando paso al lado de ellos. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5
15. A veces creo que los artículos de los periódicos contienen mensajes acerca de mí. __V/F__ preocupación __0 1 2 3 4 5

16. Generalmente los semáforos se vuelven rojos cuando voy conduciendo con prisa. __V / F__
preocupación __0 1 2 3 4 5
17. Los perros parece que se ponen a ladrar cuando me acerco o paso por su lado. __V / F__
preocupación __0 1 2 3 4 5
18. Cuando voy en tren o en autobús, a menudo parece que la gente me mira atentamente. __V / F__
preocupación __0 1 2 3 4 5
19. No creo que la gente en la calle ponga especial atención en mí. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
20. Los profesores (o locutores de radio o televisi3n) a menudo me dirigen sus comentarios. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
21. Incluso si no lo dicen, me parece que otra gente est3 siempre pregunt3ndose c3mo soy de elegante.
__V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
22. Pequeños animales parecen poner su atenci3n en mí cuando yo paso a su lado. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
23. Me he dado cuenta de que a menudo la gente hace movimientos o seÑales con las manos cuando yo
paso cerca de ellos. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
24. Muchas veces pienso que otros hacen comentarios sobre mi vestimenta. __V / F__ preocupaci3n __0
1 2 3 4 5
25. Me parece que a menudo la gente imita mi forma o estilo de vestir. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2
3 4 5
26. Creo que otros muchas veces imitan mi manera de hablar. __V / F__ preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
27. Me pregunto muchas veces por qu3 tanta gente abandona la carretera usando la misma salida que yo.
__V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
28. Cuando me siento avergonzado, pienso que otros saben a menudo por qu3 me siento as3. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
29. La gente casi siempre se da cuenta de caracter3sticas de mi personalidad que intento esconder. __V /
F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
30. Cuando me encuentro algo roto, a menudo me pregunto si otros me culpar3n por ello. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
31. Aunque s3 que en el fondo no es cierto, muchas veces siento que otros me culpar3n de cosas. __V /
F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
32. No estoy seguro de por qu3, pero la gente a menudo pone mucha atenci3n en mí. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
33. Muchas veces pienso que la gente hace acusaciones sobre mi comportamiento. __V / F__
preocupaci3n __0 1 2 3 4 5
34. A menudo me pregunto si la gente est3 en un sitio porque yo estoy all3. __V / F__ preocupaci3n __0
1 2 3 4 5

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS POR SU
COLABORACI3N

Anexo 4
ESCALA SPSRQ (Torrubia et al., 2001).

NOMBRE(iniciales)_____ SEXO___ EDAD_____ FECHA _____ HISTORIA
Nº _____ DIAGNÓSTICO EJE I: _____
EJE II: _____

Por favor, lea las siguientes cuestiones y responda Verdadero (V) o Falso (F) rodeando con un círculo, según **si se aplican a Vd.** No deje ninguna pregunta sin contestar y responda tan honestamente como sea posible, dando únicamente la opinión acerca de Vd. mismo/a.

1. ¿Se abstiene a menudo de hacer algo porque teme que sea ilegal? ___ **V / F**
2. ¿La posibilidad de conseguir dinero le motiva fuertemente a hacer cosas? ___ **V / F**
3. ¿Prefiere no pedir algo cuando no está seguro de que lo logrará? ___ **V / F**
4. ¿Hacer algo le anima con frecuencia si va a ser valorado en su trabajo, estudios, con sus amigos o su familia? ___ **V / F**
5. ¿Teme a menudo las situaciones nuevas o inesperadas? ___ **V / F**
6. ¿A menudo conoce a personas que encuentra físicamente atractivas? ___ **V / F**
7. ¿Es difícil que llame por teléfono a alguien que no conoce? ___ **V / F**
8. ¿Le gusta tomar algunas drogas por el placer que obtiene con ellas? ___ **V / F**
9. ¿Renuncia a menudo a sus derechos cuando sabe que con ello puede evitar una disputa con una persona u organización? ___ **V / F**
10. ¿Con frecuencia hace cosas para ser alabado? ___ **V / F**
11. Cuando era niño/a, ¿le preocupaban los castigos en casa o en la escuela? ___ **V / F**
12. ¿Le gusta ser el centro de atención en una fiesta o reunión social? ___ **V / F**
13. En tareas para las que no está preparado, ¿concede gran importancia a la posibilidad de fallar? ___ **V / F**
14. ¿Dedica mucho tiempo a conseguir una buena imagen? ___ **V / F**
15. ¿Se desanima con facilidad en situaciones complicadas? ___ **V / F**
16. ¿Necesita personas que le demuestren afecto todo el tiempo? ___ **V / F**
17. ¿Es usted una persona tímida? ___ **V / F**
18. Cuando está en un grupo, ¿trata de hacer que su opinión sea la más inteligente o la más divertida? ___ **V / F**
19. Siempre que es posible, ¿evita demostrar sus habilidades por temor a ser avergonzado? ___ **V / F**
20. ¿Tiene a menudo la oportunidad de encontrar a las personas que considera atractivas? ___ **V / F**

21. Cuando está en grupo, ¿tiene dificultades para seleccionar un buen tema sobre el que conversar? ___ **V / F**
22. Cuando era niño/a, ¿hacía cosas para obtener la aprobación de los demás? ___ **V / F**
23. ¿A menudo tiene dificultades para dormirse cuando piensa en las cosas que ha hecho o debe hacer? ___ **V / F**
24. ¿La posibilidad de progresar socialmente le lleva a actuar aunque no juegue limpio? ___ **V / F**
25. ¿Se lo piensa mucho antes de quejarse en un restaurante si su comida no está bien preparada? ___ **V / F**
26. ¿Habitualmente da preferencia a aquellas actividades que implican una ganancia inmediata? ___ **V / F**
27. ¿Le preocuparía si tuviera que volver a la tienda al darse cuenta de que le dieron el cambio equivocado? ___ **V / F**
28. ¿Tiene problemas a menudo para resistir la tentación de hacer cosas prohibidas? ___ **V / F**
29. Siempre que puede, ¿evita ir a lugares desconocidos? ___ **V / F**
30. ¿Le gusta competir y hace todo lo que puede para ganar? ___ **V / F**
31. ¿A menudo le preocupan las cosas que ha dicho o hecho? ___ **V / F**
32. ¿Le resulta fácil asociar gustos y olores a sucesos muy agradables? ___ **V / F**
33. ¿Le resultaría difícil pedir a su jefe una subida de sueldo? ___ **V / F**
34. ¿Hay un buen número de objetos o sensaciones que le recuerdan sucesos agradables? ___ **V / F**
35. ¿Generalmente trata de evitar hablar en público? ___ **V / F**
36. Cuando empieza a jugar con una máquina tragaperras, ¿le resulta difícil parar? ___ **V / F**
37. ¿Piensa habitualmente que podría hacer más cosas si no fuera por su propia inseguridad o temor? ___ **V / F**
38. ¿A veces hace cosas para obtener un beneficio rápido? ___ **V / F**
39. En comparación con las personas que conoce, ¿le asustan muchas cosas? ___ **V / F**
40. ¿Se desvía su atención fácilmente en presencia de un/a desconocido/a atractivo/a? ___ **V / F**
41. ¿A menudo se preocupa más por cosas conforme desciende su rendimiento intelectual? ___ **V / F**
42. ¿Le importa el dinero hasta el punto de ser capaz de arriesgar un trabajo? ___ **V / F**
43. ¿Tiende a menudo a abstenerse de hacer algo que le gusta para no ser rechazado o desaprobado por los demás? ___ **V / F**
44. ¿Le gusta poner un punto competitivo en todas sus actividades? ___ **V / F**

45. Generalmente, ¿pone más atención a las amenazas que a los sucesos agradables? ____ **V / F**
46. ¿Le gustaría ser una persona socialmente poderosa? ____ **V / F**
47. ¿A menudo se abstiene de hacer algo por su temor a avergonzarse? ____ **V / F**
48. ¿Le gusta mostrar sus capacidades físicas aunque ello conlleve peligro? ____ **V / F**

Anexo 5

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28). Versión de Lobo et al. (1986)

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____ FECHA _____

HISTORIA	Nº _____	PAC./NO	PAC. _____	DIAGNÓSTICO	EJE I: _____	EJE II: _____
				DURACIÓN _____	EXPLORADOR _____	

Por favor, lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

A

1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Ha sentido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

B**1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

C**1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?**

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos de lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	----------------------------

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido de lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo de lo habitual
---------------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------------

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho menos satisfecho
----------------	--	----------------------	------------------------

5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil de lo habitual
----------------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------------

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

D

1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de enmedio”?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	--------------------------

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
----------------	------------------	-------------------------------	--------------------------

COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 6

CFQ (Chalder et al., 1993) (Versión de Hernández, Berrios y Bulbena, 2000)

NOMBRE _____ SEXO _____ EDAD _____
FECHA _____

En esta prueba se realizan preguntas acerca de su funcionamiento físico y mental. Señale el grado en que su estado actual (desde hace unos 15 días hasta el día de hoy) se ajusta a las preguntas que se formulan, tanto para la mañana como en la noche, situando una X sobre el recuadro correspondiente.

	<i>Estoy mejor de lo habitual o no tengo problemas con...</i>	<i>No estoy mejor o tengo algún problema más de lo habitual con...</i>	<i>Estoy peor de lo habitual o tengo problemas con...</i>	<i>Estoy mucho peor o tengo muchos más problemas de lo habitual con...</i>
1. ¿Tiene problemas de cansancio?				
2. ¿Necesita descansar más?				
3. ¿Se siente somnoliento/a?				
4. ¿Tiene problemas al comenzar a hacer las cosas?				
5. ¿Empieza las cosas sin dificultad pero se empieza a sentir débil a medida que las hace?				
6. ¿Está perdiendo energía?				
7. ¿Tiene menos fuerza muscular?				
8. ¿Siente debilidad?				
9. ¿Tiene dificultad para concentrarse?				
10. ¿Le cuesta pensar?				
11. ¿Tiene lapsus cuando habla?				
12. ¿Tiene dificultad para encontrar la palabra adecuada?				
13. ¿Qué tal es su memoria?				
14. ¿Ha perdido interés en las cosas que antes le gustaban?				

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 7

BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) (Adaptación española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003)

NOMBRE _____ SEXO _____

EDAD _____ FECHA _____ HISTORIA Nº _____ PACIENTE / NO PAC. _____

DIAGNÓSTICO EJE I: _____ EJE II: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considera igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.

- 0. No me siento triste habitualmente.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste continuamente.
- 3. Me siento tan triste y tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- 0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2. No espero que las cosas mejoren.
- 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3.

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- 0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Obtengo muy poco placer con las cosas con las que antes disfrutaba.
3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5.

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3. Me siento culpable constantemente.

6.

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1. He perdido confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta.

8.

0. No me critico o me culpo más que antes.
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Critico todos mis defectos.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente pero no puedo.

11.

- 0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta pararme.
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12.

- 0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3. Me resulta muy difícil interesarme en algo.

13.

- 0. Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3. Me resulta muy difícil interesarme en algo.

14.

- 0. Me siento útil.
- 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3. Me siento completamente inútil.

15.

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer las cosas.
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16.

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a. Duermo algo más de lo habitual.
- 1b. Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17.

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

18.

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a. He perdido completamente el apetito.
- 3b. Tengo ganas de comer continuamente.

19.

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20.

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21.

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 8
C.A.P.E.

Nº

Este cuestionario se ha diseñado para evaluar las creencias y experiencias mentales vividas. Nosotros creemos que estas, son mucho más comunes de lo que previamente se ha creído, y que mucha gente ha tenido tales experiencias durante sus vidas. Por favor conteste a estas preguntas lo más sinceramente que pueda. No hay respuestas correctas e incorrectas, y no hay preguntas con truco.

Por favor, no nos interesan las experiencias que pueda haber tenido bajo el efecto de las drogas o el alcohol.

ES IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

En las preguntas que usted responda "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre" nosotros estamos interesados en como son de molestas esas creencias o experiencias. De tal manera elija una de las alternativas que mejor describa el grado de molestia de esa creencia.

Todas sus respuestas serán CONFIDENCIALES.

Sexo: (0) Hombre (1) Mujer

Edad:

Fecha:

¿Es creyente?:

(0) No, soy ateo

(2) Sí, pero no practicante

Religión que profesa:

(1) No, soy agnóstico

(3) Sí y practicante.

Profesión:

Ejemplos:

1. ¿Alguna vez siente como si la gente se fijara en usted?

Nunca ¹ Algunas veces θ_2 A menudo θ_3 Casi siempre θ_4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada θ_1 Me molesta un poco θ_2 Es bastante molesto θ_3 Me molesta mucho θ_4

2. ¿Alguna vez siente como si pudiera leer los pensamientos de otras personas?

Nunca θ_1 Algunas veces ² A menudo θ_3 Casi siempre θ_4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta siguiente
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada θ_1 Me molesta un poco θ_2 Es bastante molesto ³ Me molesta mucho θ_4

Fin del ejemplo

1. ¿Alguna vez se siente triste?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

2. ¿Alguna vez siente como si la gente le tirase indirectas o le dijera cosas con doble sentido?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 3• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

3. ¿Alguna vez siente que no es una persona muy animada?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 4• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

4. ¿Alguna vez siente que no participa en las conversaciones cuando está charlando con otras personas?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 5• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

5. ¿Alguna vez siente como si alguna noticia de la prensa, radio o televisión se refiriese o estuviese especialmente dirigida a Ud.?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 6• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

6. ¿Alguna vez siente como si alguna gente no es lo que parece?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 7• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

7. ¿Alguna vez siente como si le estuvieran persiguiendo de alguna forma?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 8• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

8. ¿Alguna vez siente que experimenta pocas o ninguna emoción ante situaciones importantes?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 9• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

9. ¿Alguna vez se siente totalmente pesimista?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 10• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

10. ¿Alguna vez siente como si hubiera un complot contra Ud.?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 11• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

11. ¿Alguna vez siente como si su destino fuera ser alguien muy importante?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 12• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

12. ¿Alguna vez siente como si no tuviera ningún futuro?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 13• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

13. ¿Alguna vez se siente como una persona muy especial o diferente?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 14• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

14. ¿Alguna vez siente como si no quisiera vivir más?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 15• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

15. ¿Alguna vez piensa que la gente pueda comunicarse por telepatía?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 16• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

16. ¿Alguna vez siente que no tiene interés en estar con otras personas?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 17• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

17. ¿Alguna vez siente como si los aparatos eléctricos (ej.: ordenadores...) pudiesen influir en su forma de pensar?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 18• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

18. ¿Alguna vez siente que le falta motivación para realizar las cosas?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 19• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

19. ¿Alguna vez llora por nada?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 20• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

20. ¿Cree en el poder de la brujería, de la magia o del ocultismo?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 21• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

21. ¿Alguna vez siente que le falta energía?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 22• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

22. ¿Alguna vez siente que la gente le mira de forma extraña por su apariencia?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 23• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

23. ¿Alguna vez siente que su mente está vacía?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 24• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

24. ¿Alguna vez ha sentido como si le estuvieran sacando los pensamientos de su cabeza?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 25• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

25. ¿Alguna vez siente que se pasa los días sin hacer nada?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 26• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

26. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 27• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

27. ¿Alguna vez siente que sus sentimientos son poco intensos?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 28• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

28. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos tan intensos que le preocupó que otras personas pudieran oírlos?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 29• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

29. ¿Alguna vez siente que le falta espontaneidad?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 30• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

30. ¿Alguna vez siente como si sus pensamientos se repitieran en su mente como un eco?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 31• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

31. ¿Alguna vez siente como si estuviera bajo el control de alguna fuerza o poder externo a Ud.?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 32• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

32. ¿Alguna vez siente que sus emociones son poco intensas (embotadas)?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 33• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

33. ¿Alguna vez oye voces cuando está solo?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 34• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

34. ¿Alguna vez oye voces hablando entre ellas cuando está solo?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 35• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

35. ¿Alguna vez siente que está descuidando su apariencia o cuidado personal?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 36• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

36. ¿Alguna vez siente que no puede acabar las cosas?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 37• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

37. ¿Alguna vez siente que tiene pocas aficiones o hobbies?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 38• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

38. ¿Alguna vez se siente culpable?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 39• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

39. ¿Alguna vez se siente como un fracasado?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 40• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

40. ¿Alguna vez se siente en tensión?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 41• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

41. ¿Alguna vez siente como si algún miembro de su familia, amigo o conocido ha sido suplantado por un doble?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 42• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

42. ¿Alguna vez ve cosas, personas o animales que otra gente no puede ver?

Nunca	θ_1	Algunas veces	θ_2	A menudo	θ_3	Casi siempre	θ_4
<ul style="list-style-type: none">• Si elige "nunca", ha finalizado el cuestionario.• Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuanto le molesta esta experiencia: (por favor elija una alternativa)							
No me molesta nada	θ_1	Me molesta un poco	θ_2	Es bastante molesto	θ_3	Me molesta mucho	θ_4

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 9

ESCALA DE VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Nombre del
 entrevistador _____
 Hospital _____ Sección _____ Fecha _____ de
 admisión _____

Instrucciones: Este impreso contiene 24 componentes de síntomas, cada uno de los cuales será valorado en una escala de severidad de 7 puntos que oscilan entre "no presente" y "extremadamente severo." Si un síntoma específico no se ha valorado, márquese "NA" (no apreciado). Circúlese el número encabezado por el término que mejor describa la condición actual del paciente.

NA No apreciado	1 No presente	2 Muy suave	3 Suav e	4 Moderado	5 Moderadament e severo	6 Severo	7 Extremadament e severo
-----------------------	---------------------	-------------------	----------------	---------------	----------------------------------	-------------	-----------------------------------

1.- Preocupación somática	NA	1	2	3	4	5	6	7
2.- Ansiedad	NA	1	2	3	4	5	6	7
3.- Depresión	NA	1	2	3	4	5	6	7
4.- Culpabilidad	NA	1	2	3	4	5	6	7
5.- Hostilidad	NA	1	2	3	4	5	6	7
6.- Suspiciousidad	NA	1	2	3	4	5	6	7
7.- Contenido inusual de pensamiento	NA	1	2	3	4	5	6	7
8.- Grandiosidad	NA	1	2	3	4	5	6	7
9.- Alucinaciones	NA	1	2	3	4	5	6	7
10.- Desorientación	NA	1	2	3	4	5	6	7
11.- Desorganización conceptual	NA	1	2	3	4	5	6	7
12.- Excitación	NA	1	2	3	4	5	6	7
13.- Retardo motor	NA	1	2	3	4	5	6	7
14.- Afecto plano/embotamiento afectivo	NA	1	2	3	4	5	6	7
15.- Tensión	NA	1	2	3	4	5	6	7
16.- Manierismos y posturas	NA	1	2	3	4	5	6	7
17.- Negativismo	NA	1	2	3	4	5	6	7
18.- Indiferencia afectiva	NA	1	2	3	4	5	6	7
19.- Conducta suicida	NA	1	2	3	4	5	6	7
20.- Descuido personal	NA	1	2	3	4	5	6	7
21.- Comportamiento bizarro	NA	1	2	3	4	5	6	7
22.- Elación	NA	1	2	3	4	5	6	7
23.- Hiperactividad motora	NA	1	2	3	4	5	6	7
24.- Distraibilidad	NA	1	2	3	4	5	6	7

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE
SALIENCIA ABERRANTE**

- **Investigadores Principales:**

M^a Sandra Fuentes Márquez. Psicóloga Interna Residente en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva

Dr. Juan Francisco Rodríguez Testal Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

- **Participación Voluntaria:**

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con el profesor de la asignatura.

- **Descripción General del Estudio:**

Este es un estudio en colaboración con la Universidad de Sevilla, para analizar la presencia de Saliencia Aberrante. Los resultados de este estudio servirán para la elaboración de artículos y exposiciones con fines científicos.

Las pruebas psicológicas que utilizaremos en una primera fase serán:

1. **Evaluación inicial autoaplicada**
2. **ASI, Inventario de Saliencia Aberrante**
3. **REF, Escala de Lenzenweger para el Pensamiento Referencial.**
4. **SPSRQ, Cuestionario de sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa de Torrubia**
5. **GHQ, Cuestionario de salud general de Golberg**
6. **CFQ, Cuestionario de fatiga de Chalder**
7. **BDI, Inventario de depresión de Beck**
8. **CAPE, Escala para la evaluación comunitaria de experiencias psíquicas**
9. **BPRS, Escala breve de valoración psiquiátrica**

- **Beneficios y Riesgos:**

El principal beneficiario de esta investigación es los investigadores principales, ya que se contribuirá a la consecución del periodo de investigación así como la contribución al aumento del conocimiento científico.

No existe ningún riesgo para el participante por la participación en este estudio sobre pensamiento referencial, ya que es meramente descriptivo.

- **Confidencialidad:**

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, Dr. Juan Francisco Rodríguez Testal, en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, c/ Camilo José Cela s/n 41018 Sevilla. Tfno. 954557802.

Los datos recogidos en el estudio serán identificados mediante un código y solo el investigador principal y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Su identidad permanecerá en todo momento anónima.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE EN
UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE
SALIENCIA ABERRANTE**

D/D^a....., o
en su nombre:

D/D^a.....,
en calidad de(representante legal, familiar o allegado),

Manifiesto que he sido informado/a por el investigador principal (Juan Francisco Rodríguez Testal) y/o sus colaboradores, sobre el estudio de saliencia aberrante, mediante una hoja de información al participante. La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de participar en el estudio arriba descrito.

Para que así conste, firmo este documento de consentimiento informado.

En....., a.....de.....de.....

Firma del participante

**Firma del Investigador:
Juan Francisco Rodríguez Testal**

REVOCACIÓN

D/D^a....., o
en su nombre:

D/D^a.....,
en calidad de(representante legal, familiar o allegado),

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....
Y no deseo proseguir el estudio que doy en esta fecha por finalizado.

En....., a.....de.....de.....

Firma del participante

**Firma del Investigador:
Juan Francisco Rodríguez Testal**

Anexo 11

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DEL INVENTARIO DE SALIENCIA ABERRANTE ASI

Número de ítem	Media	Desviación estándar	Varianza	Curtosis	Asimetría	Porcentaje de sí
1	.59	.014	.24	-1.8	-.40	14.7
2	.37	.013	.23	-1.7	.50	9.3
3	.36	.013	.23	-1.6	.58	8.8
4	.28	.012	.21	-1.1	.93	7.1
5	.72	.012	.20	-.99	-1.01	17.8
6	.42	.014	.24	-1.9	.31	10.3
7	.26	.012	.19	-.80	1.09	6.4
8	.35	.013	.22	-1.6	.62	8.6
9	.79	.011	.16	.16	-1.47	19.5
10	.52	.014	.24	-1.9	-.12	13.0
11	.33	.013	.22	-1.4	.71	8.1
12	.24	.012	.18	-.57	1.19	6.0
13	.19	.011	.15	.44	1.56	4.7
14	.19	.011	.15	.30	1.51	4.9
15	.58	.014	.24	-1.89	-.33	14.3
16	.44	.014	.24	-1.95	.22	10.9
17	.23	.012	.17	-.40	1.26	5.7
18	.20	.011	.16	.15	1.46	5.0
19	.07	.007	.07	8.13	3.18	1.9
20	.56	.014	.24	-1.94	-.24	13.7
21	.33	.013	.22	-1.52	.69	8.3
22	.19	.011	.15	.42	1.55	4.7
23	.11	.008	.099	4.14	2.47	2.7
24	.17	.010	.14	.86	1.69	4.4
25	.35	.013	.23	-1.62	.61	8.7
26	.36	.013	.23	-1.67	.57	8.9
27	.58	.014	.24	-1.8	-.36	14.4
28	.35	.013	.23	-1.6	.61	8.7
29	.53	.014	.24	-1.9	-.15	13.2