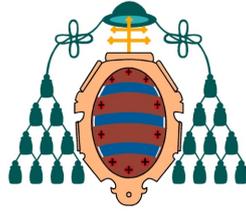


**UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

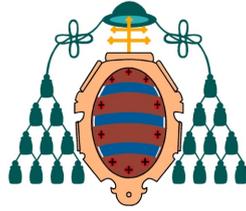


TESIS DOCTORAL

**EL PAPEL DEL PENSAMIENTO MÁGICO EN LAS
ALUCINACIONES Y EL TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS CLÍNICOS Y
NO CLÍNICOS.**

Paula Odriozola González
Oviedo, 2011

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**EL PAPEL DEL PENSAMIENTO MÁGICO EN LAS
ALUCINACIONES Y EL TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS CLÍNICOS Y
NO CLÍNICOS.**

AUTORA: Paula Odriozola González
DIRECTOR: Dr. Marino Pérez Álvarez
CO-DIRECTOR: Dr. José Manuel García Montes

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a las personas que han contribuido, de una u otra manera, a la realización de esta Tesis Doctoral.

- Al Dr. D. Marino Pérez Álvarez, por su asesoramiento durante muchos años en mi desarrollo académico y personal y, sobre todo, por haberme dado la oportunidad de realizar esta Tesis junto a él.
- Al Dr. D. José Manuel García Montes, por su ayuda en la realización de los análisis estadísticos, así como por haberme facilitado material inédito que ha servido para la elaboración de cierta parte del Fundamento Empírico de esta Tesis Doctoral.
- Al Dr. D. Luis Lozano González, por darme su respaldo en varios momentos de desaliento y por sus valiosos consejos en mi desarrollo profesional.
- Al Dr. D. Francisco José Ruiz Jiménez, por su inestimable amistad así como por su apoyo en el proceso de redacción de esta Tesis Doctoral.
- A mis padres, Raúl Odriozola Vélez y Aurora González Sánchez; a mi hermano, Roberto Odriozola González; a mi cuñada, Rocío García Peña; y a mis sobrinos, Rocío Odriozola García y Rubén Odriozola García, por sobradas razones.
- A mi tía Celia González Sánchez, por el apoyo económico que me ha brindado durante toda mi formación.
- A mis amigos, a los de siempre y a los recién llegados. De forma especial, a Ana Lilia Saro Ordorica, Laura Pérez Obeso, María Soto Ruiz, Mercedes Galán Pina, Sergio Sordo Gutiérrez y Sheila González Castilla, por estar ahí incondicionalmente.
- A la Universidad de Oviedo, por cuanto este trabajo ha sido realizado gracias a la concesión de una beca predoctoral de investigación a la autora de la misma.
- A todos cuantos han colaborado en la consecución de los pacientes, en especial a D. Salvador Perona Garcelán y al Dr. D. Oscar Vallina Fernández.
- Por último, a los participantes del estudio.

A todos, muchas gracias.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo forma parte de una investigación financiada por las siguientes entidades:

- Ministerio de Educación y Ciencia. Proyecto de Investigación: “El análisis experimental y clínico de las variables personales en la predisposición y tratamiento de las alucinaciones y delirios” (Referencia: SEJ2005-00455).
- Ministerio de Ciencia e Innovación. Proyecto de Investigación: “Desarrollo de una terapia contextual con base en la persona para las alucinaciones” (Referencia: MICINN-09-PSI2009-09453).
- Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Oviedo. Beca predoctoral de investigación (Referencia: UNIOVI-06-BECDOC-04).

ÍNDICE

ABSTRACT.....	1
RESUMEN.....	3
PRESENTACIÓN.....	5

PARTE I- FUNDAMENTO TEÓRICO

1. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2. LA SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO-COMPULSIVA Y LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS.....	11
2.1. <u>La sintomatología obsesivo-compulsiva. El modelo S-REF</u>	11
2.1.1. Modelos explicativos de la sintomatología obsesivo-compulsiva.....	13
2.1.1.1. Intrusiones y creencias disfuncionales en la sintomatología obsesivo-compulsiva.....	14
2.1.1.2. Los intentos de control de los pensamientos intrusivos.....	16
2.1.2. El modelo S-REF: la metacognición en la génesis y mantenimiento del TOC.....	18
2.2. <u>Un modelo de las alucinaciones auditivas. El papel de la metacognición</u>	22
2.2.1. Modelo de las alucinaciones auditivas propuesto por el grupo de Morrison.....	23
2.2.2. Las creencias metacognitivas y la experiencia alucinatoria. Estudios análogo-clínicos y clínicos.....	24
3. LA SUPERSTICIÓN EN PSICOPATOLOGÍA. EL PENSAMIENTO MÁGICO, LA FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCIÓN (TAF) Y LA ESQUIZOTIPIA.....	28
3.1. <u>El pensamiento mágico. Definición, tipos y contextos de aparición</u>	28
3.1.1. Tipos de pensamiento mágico.....	28
3.1.2. Contextos de aparición del pensamiento mágico.....	29
3.1.2.1. El pensamiento mágico en el ámbito cotidiano.....	29
3.1.2.2. El pensamiento mágico en el ámbito clínico.....	30
3.2. <u>La fusión pensamiento-acción (TAF)</u>	31
3.3. <u>Concepto y papel clínico de la esquizotipia</u>	33
3.3.1. El carácter categorial /dimensional de la esquizotipia.....	33
3.3.2. Características y estructura factorial de la esquizotipia.....	34
3.3.3. Papel clínico de la esquizotipia.....	36
4. RECAPITULACIÓN Y PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PRESENTE ESTUDIO.....	37

PARTE II- FUNDAMENTO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
1.1. <u>Objetivo general</u>	40
1.2. <u>Objetivos específicos</u>	40

2.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.	PARTICIPANTES.....	44
4.	INSTRUMENTOS.....	47
4.1.	<u>Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004)</u>	47
4.2.	<u>Launay-Slade Hallucinatory Scale-Revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985)</u>	48
4.3.	<u>Thought Action Fusion Scale (TAFS; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996)</u>	48
4.4.	<u>Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977)</u>	49
4.5.	<u>Magical Ideation Scale (MIS; Eckblad y Chapman, 1983)</u>	50
4.6.	<u>Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE-R; Gutiérrez-Maldonado, Barrantes-Vidal, Obiols, Aguilar y Aguilar, 1999)</u>	51
5.	PROCEDIMIENTO.....	53
6.	RESULTADOS.....	54
6.1.	<u>Puntuaciones medias de los grupos en los instrumentos</u>	54
6.2.	<u>Estadísticos de comparación en relación con los participantes</u>	55
6.3.	<u>Pruebas previas de comprobación de resultados</u>	56
6.4.	<u>Análisis de datos</u>	57
6.4.1.	Comparación de grupos en variables metacognitivas.....	57
6.4.2.	Comparación de grupos en predisposición a la alucinación.....	58
6.4.3.	Comparación de grupos en fusión de pensamientos y acciones.....	59
6.4.4.	Comparación de grupos en rituales obsesivo-compulsivos.....	60
6.4.5.	Comparación de grupos en pensamiento mágico.....	62
6.4.6.	Comparación de grupos en características esquizotípicas.....	62
6.4.7.	Predicción de las puntuaciones en la escala de predisposición a las alucinaciones.....	65
6.4.8.	Predicción de las puntuaciones en la escala MOCI.....	67
7.	DISCUSIÓN.....	70
8.	CONCLUSIONES.....	78
9.	REFERENCIAS.....	79

ANEXOS

ANEXO I.	Documento de consentimiento informado.....	96
ANEXO II.	Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS).....	98
ANEXO III.	Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ-30).....	101
ANEXO IV.	Launay Slade Hallucinatory Scale-Revised (LSHS-R).....	104
ANEXO V.	Thought-Action Fusion Scale (TAFS).....	106
ANEXO VI.	Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI).....	109
ANEXO VII.	Magical Ideation Scale (MIS).....	112
ANEXO VIII.	Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE-R).....	115

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Modelo cognitivo explicativo tradicional de la sintomatología obsesivo-compulsiva.....	14
Figura 2.- Modelo S-REF para el TOC.....	20
Figura 3.- Modelo explicativo de los factores involucrados en la aparición y mantenimiento de las alucinaciones auditivas (Morrison, Haddock y Tarrier, 1995).....	24
Figura 4.- Diagrama de comparación de los modelos de continuidad cuasi-dimensional y totalmente dimensional de la esquizotipia.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

PARTE I.- FUNDAMENTO TEÓRICO.

Tabla 1.- Ejemplos de los subtipos de TAF.....	32
---	----

PARTE II.- FUNDAMENTO EMPÍRICO.

Tabla 2.- Puntuaciones hipotetizadas de los grupos en los instrumentos.....	43
Tabla 3.- Edad media y sexo de la muestra de participantes.....	45
Tabla 4.- Factores del cuestionario Metacognitions Questionnaire-30.....	47
Tabla 5.- Sub-escalas del cuestionario Thought-Action Fusion Scale.....	49
Tabla 6.- Sub-escalas del cuestionario Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory.....	50
Tabla 7.- Sub-escalas del cuestionario Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences.....	51
Tabla 8.- Puntuaciones medias de los grupos en los instrumentos.....	55
Tabla 9.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MCQ-30.....	58
Tabla 10.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el LSHS.....	59
Tabla 11.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en TAFS.....	60
Tabla 12.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MOCI.....	61
Tabla 13.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MIS.....	62
Tabla 14.- Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el O-LIFE-R.....	64
Tabla 15.- Análisis de regresión múltiple para cada grupo (LSHS).....	66
Tabla 16.- Análisis de regresión múltiple para la muestra como un todo (LSHS).....	67
Tabla 17.- Análisis de regresión múltiple para cada grupo (MOCI).....	68
Tabla 18.- Análisis de regresión múltiple para la muestra como un todo (MOCI).....	69

ABSTRACT

This dissertation analyzes the role of superstition in auditory hallucinations of patients diagnosed with schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD). The role that superstition plays in psychopathology has been analyzed through the study of the relationships established between several types of symptomatology and different terms that are included within the general concept of superstition (magical ideation, thought-action fusion -TAF- or schizotypy). Specifically, this study has been traditionally conducted by analyzing the role of metacognitions in psychological disorders. However, a more pragmatic reconstructive approach of superstition from a contextual standpoint is defended in this work.

Five groups were formed for this purpose from a clinical population (schizophrenic patients with hallucinations, patients who had never-hallucinated but diagnosed with psychosis, OCD patients, schizotypal personality disorder -SPD- patients and a “clinical control” group) and a non-clinical control group, who were given psychometric tests about beliefs and metacognitive processes, predisposition to hallucinations, thought-action fusion, obsessive-compulsive symptomatology, magical ideation and schizotypy.

The results show that magical ideation differentiates the group of schizophrenic patients with auditory hallucinations from the remaining groups that participated in the design, except for the group of schizotypal personality disorder patients. Post-hoc tests did not detect statistically significant between-group differences in TAF. Regarding schizotypy, as expected, the highest total O-LIFE scores were in the group of patients diagnosed with SPD, who are differentiated significantly from both the group of “patients with psychosis who had never-hallucinated”, and the clinical and non-clinical controls. Finally, magical ideation emerges as a relevant variable in predicting the predisposition to hallucinations and the obsessive-compulsive characteristics of all the participants in the study.

These results are discussed in the light of current literature, suggesting that “neutralising behaviours” could mediate the relationship between magical ideation and auditory hallucinations or obsessive-compulsive characteristics. Without rejecting alternative explanations, it might be suggested that, at least a certain type of auditory hallucinations comprises forms of “neutralising behaviours” from intrusive thoughts that would probably occur more in persons who believe in magical-type causal explanations. Likewise, in the presence of intrusive thoughts, other people could use other types of "neutralising behaviours" like, for example, compulsions, and therefore develop OCD. In summary, the role of superstition in the development of hallucinations or OCD can be reconstructed from the advances in contextual therapies, instead of adopting the metacognitive terms in which superstition used to be presented.

Finally, it is worth noting that the main limitation of the current study is the cross-sectional nature of the design used, which prevents us from establishing causal relationships between the variables under study. Additionally, some clinical implications are briefly addressed, such as the importance of guiding the person in effective management of practical and personally important issues.

RESUMEN

Mediante el estudio de las relaciones establecidas entre diversa sintomatología y diferentes términos concernientes al fenómeno de la superstición (ideación mágica, fusión pensamiento-acción -TAF- o esquizotipia) se ha tratado de desentrañar el papel que éste desempeña en la psicopatología. El estudio de este fenómeno se ha derivado tradicionalmente del análisis de las metacogniciones y su influencia en los trastornos psicológicos; sin embargo, en este caso, una reconstrucción más práctica de la superstición desde una postura contextual de la psicología pone la base para la comprensión de dicho fenómeno. Concretamente, la presente Tesis Doctoral explora el papel de la superstición, mediante los constructos anteriormente mencionados, en las alucinaciones auditivas de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Con este fin se formaron cinco grupos de población clínica (pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, pacientes con diagnóstico de psicosis que no han presentado nunca alucinaciones auditivas, pacientes con diagnóstico de TOC, pacientes diagnosticados de trastorno esquizotípico de la personalidad -SPD- y un grupo de “control clínico”) así como un grupo de control no clínico a los que se administraron diferentes auto-informes relativos a creencias y procesos metacognitivos, predisposición a las alucinaciones, fusión pensamiento-acción, sintomatología obsesivo-compulsiva, ideación mágica y esquizotipia.

Los resultados muestran que la ideación mágica diferencia el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas del resto de grupos que participaron en el estudio, a excepción del grupo diagnosticado de SPD. Por lo que se refiere a la TAF, las pruebas post-hoc no detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En relación con la esquizotipia, habría que destacar que los niveles más altos de esta variable corresponden al grupo de pacientes diagnosticados de SPD, que se diferencia de forma significativa tanto del grupo de pacientes con diagnóstico de psicosis que no ha presentado nunca alucinaciones auditivas como del grupo de control no clínico y clínico. Por último, la ideación mágica se muestra como una variable relevante a la hora de predecir tanto la predisposición a las alucinaciones de la totalidad de los participantes que han formado parte de la investigación como las características obsesivo-compulsivas de dichos participantes.

Estos resultados se discuten a la luz de la literatura existente, sugiriéndose que las “conductas de neutralización” pueden estar mediando la relación entre ideación mágica y alucinaciones auditivas o características obsesivo-compulsivas. Así, sin llegar a descartar otras posibles explicaciones, al menos determinado tipo de alucinaciones

auditivas pueden constituir formas de “conductas de neutralización” de pensamientos intrusivos que se dan con mayor probabilidad en aquellas personas que creen en explicaciones causales de tipo mágico. Asimismo, ante pensamientos intrusivos otras personas pueden desarrollar otro tipo de “conductas de neutralización” como, por ejemplo, las compulsiones y de esa manera acabar desarrollando un TOC. En consecuencia, la importancia que la variable superstición puede tener para el desarrollo de la sintomatología alucinatoria u obsesivo-compulsiva no conlleva asumir los términos meta-cognitivos en los que se suele plantear, sino que puede ser reconstruida desde los avances existentes de las terapias contextuales.

Finalmente, ciertas limitaciones del estudio, tales como el impedimento de establecer relaciones causales por la naturaleza (cross-sectional) del diseño, y varias implicaciones clínicas, como el orientar a la persona en el manejo eficaz de asuntos prácticos y personalmente importantes, son abordadas brevemente.

PRESENTACIÓN

Esta Tesis Doctoral parte del supuesto de continuidad entre normalidad y patología, y se centra en el estudio de la superstición como variable presente en diferentes condiciones clínicas y no clínicas: esquizofrenia con alucinaciones auditivas, trastorno psicótico sin alucinaciones, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno esquizotípico de la personalidad (SPD), “grupo clínico control” y “grupo control no clínico”.

El objetivo principal consiste en explorar el papel de variables estrechamente relacionadas con la superstición, como son el pensamiento mágico, la fusión pensamiento-acción -TAF- y la esquizotipia, en las alucinaciones auditivas verbales y en el TOC. Este objetivo principal se subdivide en varios objetivos más específicos. En concreto, por un lado, comparar las metacogniciones, la tendencia a la alucinación, el pensamiento mágico, las características esquizotípicas y obsesivo-compulsivas, y la tendencia a confundir pensamiento con acción de todos los participantes. Y, por otro lado, determinar cuál de esas variables predice en mayor medida la tendencia a la alucinación y las características obsesivo-compulsivas de los participantes.

Con la finalidad de llevar a cabo esos objetivos, se han administrado un total de seis cuestionarios a los grupos mencionados en el párrafo inicial. Varios de esos grupos se caracterizan por presentar como sintomatología principal la que resulta pertinente a los objetivos de la investigación; a saber, alucinaciones, obsesiones, compulsiones y características esquizotípicas.

A continuación, se realiza un breve resumen de cómo se distribuye el anterior contenido en la presente Tesis Doctoral.

Dada las características de la misma, se ha considerado adecuado dividir la Tesis en dos grandes partes. La primera de ellas se dedica a desarrollar los fundamentos teóricos del estudio mientras que la segunda, por su parte, se propone recoger los fundamentos empíricos del mismo.

Así, en la Parte I se presenta una revisión de las características obsesivo-compulsivas, las alucinaciones auditivas y los modelos explicativos de ambas sintomatologías, así como la relación de dicha sintomatología con las metacogniciones. Seguidamente, la creencia meta-cognitiva negativa relativa a la superstición, la responsabilidad y el castigo concentra el interés del siguiente apartado. En tal apartado, se realiza una descripción de los diferentes constructos que se encuentran en la literatura para dar cuenta de la superstición (pensamiento mágico, TAF y esquizotipia).

Finalmente, se realiza una recapitulación de los nexos encontrados entre la sintomatología objeto de interés y la superstición, y se presenta el estudio desarrollado en el fundamento empírico.

Los contenidos de la Parte II de esta Tesis hacen referencia al estudio empírico realizado para alcanzar los objetivos propuestos. Concretamente, se describen tanto el método como los resultados obtenidos al realizar los análisis estadísticos de los datos (comparaciones entre los diferentes grupos clínicos y análisis predictivos) y la discusión consiguiente a los resultados. Finalmente, se presentan las conclusiones principales del estudio así como las limitaciones del mismo. Igualmente, en este apartado se abordan algunas implicaciones clínicas derivadas de tales resultados.

A mis padres, Raúl y Aurora

PARTE I - FUNDAMENTO TEÓRICO

1. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta Tesis Doctoral se inscribe dentro de un proyecto de carácter general que tiene como objetivo el análisis experimental y clínico de las variables personales implicadas en la predisposición y tratamiento de las alucinaciones y delirios. Dicho análisis trata de profundizar en una explicación de los síntomas positivos como fenómenos en continuidad con procesos psicológicos de población no clínica (Myin-Germeys, Krabbendam y Van Os, 2003; Verdoux y Van Os, 2002).

Particularmente, la investigación objeto de esta Tesis se centra en el pensamiento mágico. La relevancia de esta variable se ha sugerido en un estudio anterior. En dicho estudio (García-Montes, Pérez-Álvarez, Soto-Balbuena, Perona-Garcelán y Cangas, 2006) se ha encontrado que el factor superstición de un cuestionario de metacogniciones resulta ser el mayor predictor de la tendencia a la alucinación tanto en pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) como en aquéllos diagnosticados de esquizofrenia. A fin de explicar este hallazgo, se concluía en aquel estudio que posibles variables a explorar podrían ser la esquizotipia y la fusión pensamiento-acción (TAF).

En concreto, el estudio de García-Montes et al. (2006) se desarrolló a través de cinco grupos de pacientes con distintas condiciones clínicas (TOC, esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas en la actualidad, esquizofrenia sin haber desarrollado nunca alucinaciones auditivas, esquizofrenia sin alucinaciones en la actualidad y “grupo clínico control”) así como un grupo control no clínico. A estos grupos se les aplicaron dos cuestionarios, el Metacognitions Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton y Wells, 1997) que evalúa las creencias metacognitivas, y el Launay-Slade Hallucinatory Scale (LSHS; Launay y Slade, 1981) que evalúa la predisposición a las alucinaciones. Como resultado de esta aplicación, se encontró que en ambos cuestionarios las condiciones de TOC y de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas en la actualidad puntuaban destacadamente y de forma similar. Además, se halló que el factor superstición del MCQ era el único predictor significativo de la puntuación que los participantes obtenían en el cuestionario de predisposición a la alucinación (LSHS). Este último hallazgo junto con el resultado de la aplicación de esos cuestionarios fueron concluyentes para que García-Montes et al. (2006) sugirieran la esquizotipia o la TAF como posibles variables implicadas. Ciertamente, Lee, Cogle y Telch (2005) ya habían señalado la relación entre lo que puede ser considerado un tipo específico de pensamiento mágico o supersticioso (la fusión pensamiento-acción -TAF-) y la esquizotipia, así como entre la esquizotipia y la sintomatología obsesivo-compulsiva.

La Tesis que aquí se presenta, por tanto, trata de averiguar el papel que juegan el pensamiento mágico y otras variables relacionadas con la superstición, como la esquizotipia y la TAF, en las alucinaciones auditivas y en la sintomatología obsesivo-compulsiva.

2. LA SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO-COMPULSIVA Y LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS.

Tanto la sintomatología obsesivo-compulsiva como las alucinaciones auditivas han sido objeto de estudio, por separado, de la psicopatología; sin embargo, a la vista de los datos empíricos procedentes de esos estudios se considera, como podrá verse a continuación, que tal separación es claramente arbitraria.

La sintomatología obsesivo-compulsiva, por su parte, se ha estudiado, principalmente, como síntoma característico del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) mientras que las alucinaciones auditivas, por otro lado, lo han sido como síntoma de la esquizofrenia. Este estudio diferencial es consecuencia de haberse identificado la sintomatología obsesivo-compulsiva con los trastornos de ansiedad, tradicionalmente clasificados como trastornos neuróticos, y las alucinaciones auditivas, por el contrario, con aquellos trastornos clasificados como psicóticos. En dicha clasificación dicotómica de los trastornos psicológicos (neuróticos / psicóticos), reflejada en los sistemas de clasificación psiquiátricos, se ha sostenido, desde sus orígenes, la existencia de diferencias cualitativas respecto a la etiología de tales trastornos. No obstante, la evidencia empírica no ha sido consistente con las supuestas diferencias cualitativas entre los trastornos psicóticos y la experiencia normal, ni tampoco con las sostenidas entre aquéllos y los trastornos enmarcados como neuróticos (p. ej., Claridge, 1987; Freeman y Garety, 2003; Peters, Joseph y Garety, 1999; Romme y Escher, 1989; Strauss, 1969). Muy al contrario, un amplio número de estudios experimentales ha sugerido que los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) se relacionan, al igual que los síntomas neuróticos, con un mal funcionamiento o disfunción de procesos psicológicos comunes o, cuando menos, relacionados (p. ej., Dickerson, 2000; Garety y Freeman, 1999; Rector y Beck, 2001).

A continuación, se exponen, por separado, tanto las características y modelos explicativos principales como los estudios empíricos más substanciales de la sintomatología obsesivo-compulsiva y de las alucinaciones auditivas.

2.1. La sintomatología obsesivo-compulsiva. El modelo S-REF.

La sintomatología obsesivo-compulsiva caracteriza fundamentalmente al TOC, clasificado en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como un tipo específico de trastorno de ansiedad. Esta sintomatología comprende, como su propio nombre indica, obsesiones y compulsiones (Vallejo, 2003). Por un lado, las obsesiones se definen en el DSM-IV-TR como ideas persistentes, pensamientos, impulsos o imágenes que se perciben como intrusivas e inapropiadas y que conllevan para la

persona que las experimenta una elevada ansiedad. Por otro lado, las compulsiones se definen como comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona se siente impelida a realizar, en respuesta a las obsesiones, para reducir su ansiedad. En general, las obsesiones y las correspondientes compulsiones se resumen en las siguientes temáticas: obsesiones relativas a daño a otros o sí mismo, religión o vida sexual seguidas de rituales de comprobación; obsesiones de contaminación seguidas de rituales de limpieza o lavado; y obsesiones de orden, simetría o certeza seguidas de comprobación, repetición o del acto de contar (Steketee y Barlow, 2002).

Varios autores han propuesto subtipos específicos de TOC tras establecer correlaciones de síntomas obsesivo-compulsivos utilizando el análisis factorial. En este sentido, Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenber y Leckman (2008), tras realizar un meta-análisis de las estructuras factoriales propuestas en la literatura, señalan la siguiente estructura tetra-factorial como la más consistente:

- Simetría. Obsesiones de simetría, repetición y orden, y compulsiones relacionadas con el acto de contar;
- Pensamientos prohibidos. Obsesiones relativas a agresiones, vida sexual, religión y aspectos somáticos, y compulsiones de comprobación;
- Limpieza. Obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza;
- Atesoramiento. Obsesiones y compulsiones relativas a atesoramiento.

De acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR, la persona encuentra las obsesiones o compulsiones excesivas, suponiéndole una pérdida significativa de tiempo o interfiriéndole de manera destacada en su rutina diaria. No obstante, aunque la mayoría de las personas reconocen que las obsesiones o compulsiones interfieren en su vida, no todas las consideran irracionales (Foa y Kozak, 1995; Rachman y de Silva, 1978). En este sentido, pueden ser difíciles de distinguir de un pensamiento delirante. Según Twohig, Moran y Hayes (2007), para diferenciar un TOC de la actividad cognitiva propia de la esquizofrenia se debe atender al reconocimiento por parte de la persona de que las obsesiones son producto de su propia mente y no de una causa externa. Ahora bien, esta diferenciación no es tan evidente como se quiere hacer notar y varios autores han sugerido que la sintomatología obsesivo-compulsiva tiene más en común con la del espectro esquizofrénico que con la propia de los trastornos de ansiedad (Enright, 1996; Enright y Beech, 1997; Norman, Davies, Malla, Cortese y Nicholson, 1996).

Respecto a la comorbilidad, la mayoría de trastornos asociados al TOC son trastornos del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad. Así, según Weissman et al. (1994), aproximadamente el 50 por 100 de los diagnosticados de TOC muestran también el diagnóstico de algún otro trastorno de ansiedad mientras que el 27 por 100

presentan diagnóstico de trastorno de depresión mayor. En concreto, se ha encontrado que la aparición de TOC viene precedida por el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad, mientras que la depresión tiende a aparecer con posterioridad a la aparición de dicho diagnóstico (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001). Otros trastornos que se relacionan con el TOC son los trastornos de la alimentación, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría y el trastorno de Tourette -TD- (Formea y Burns, 1995; King, Leckman, Scahill y Cohen, 1999; Savron, Fava, Grandi, Rafanelli, Raffi y Belluardo, 1996; Simon, Hollander, Stein, Cohen y Aranowitz, 1995). Respecto al TD, cabe destacar que del 11 al 80 por 100 de los diagnosticados presentan también síntomas de TOC aunque sólo del 5 al 7 por 100 de los diagnosticados de TOC presentan el mencionado trastorno por tics (King et al., 1999).

Por otro lado, los pacientes diagnosticados de TOC suelen presentar también cierta comorbilidad con los trastornos de personalidad (Steketee, Chambless y Tran, 2001). Así, dicho trastorno se encuentra relacionado mayoritariamente con los trastornos pertenecientes al cluster C, es decir, los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (Twohig et al., 2007). Sin embargo, también se ha destacado su relación con el trastorno esquizotípico de la personalidad (Norman et al., 1996) e incluso, se ha llegado a proponer la existencia de un subtipo esquizotípico en el TOC (Sobin, Blundell, Weiller, Gavigan, Haiman y Karayiorgou, 1999). Por último, se ha hallado también comorbilidad entre la esquizofrenia y la sintomatología obsesivo-compulsiva (Berman, Kalinowski, Berman, Lengua y Green, 1995; Cunill, Castells y Simeon, 2009; Eisen, Beer, Pato, Venditto y Rasmussen, 1997; Lysaker, Marks, Picone, Rollins, Fastenau y Bond, 2000; Tiryaki y Özkorumak, 2010), proponiéndose, de hecho, mecanismos de funcionamiento similares en ambos trastornos (Guillem, Satterthwaite, Pampoulova y Stip, 2009).

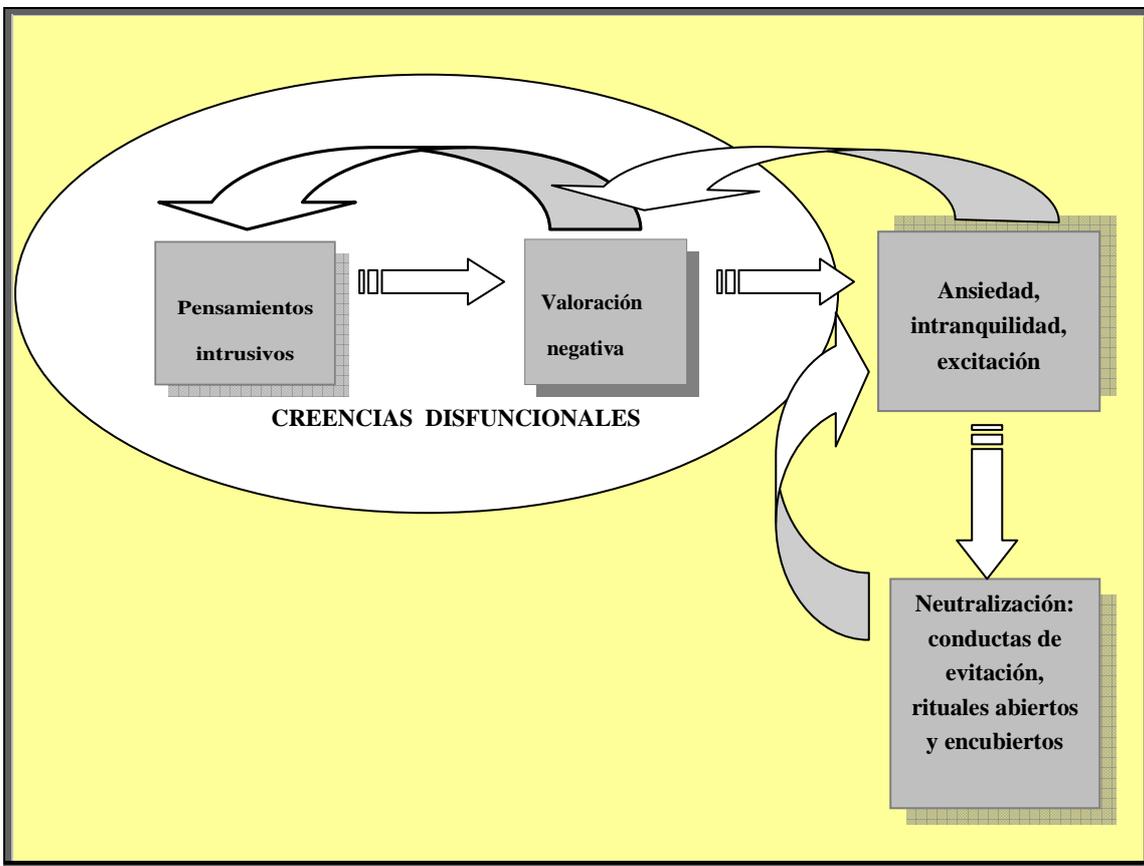
2.1.1. Modelos explicativos tradicionales de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Dentro de las aproximaciones psicológicas tradicionales a la comprensión de la sintomatología obsesivo-compulsiva cabe señalar aquellas que destacan el papel de las variables cognitivas como elemento central (p. ej., Clark, 2004; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1998). Según el modelo en el que nos centremos, no obstante, la variable cognitiva central difiere. Por ejemplo, Salkovskis (1998) señala una exacerbada responsabilidad respecto al control de las intrusiones; Rachman (1998) destaca una interpretación o valoración inadecuada de los pensamientos intrusivos; y Clark (2004) resalta una experimentación de las intrusiones como contraria a los valores nucleares de la persona. En resumen, la mayoría de estas aproximaciones sostienen que la aparición de pensamientos intrusivos indeseados en presencia de creencias disfuncionales cumple

un papel relevante en el desencadenamiento de la sintomatología, si bien todos los enfoques están de acuerdo en que dichas creencias no son suficientes por sí mismas para generarla (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Así, de acuerdo con estas teorías, los intentos de las personas por controlar esos pensamientos intrusivos (p. ej., neutralizaciones, compulsiones) juegan igualmente un papel muy importante en la génesis y mantenimiento de la sintomatología (Twohig et al., 2007).

En la siguiente figura se representa un esquema general de cómo los modelos cognitivos tradicionales conceptúan la etiología y mantenimiento de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Figura 1. Modelo cognitivo explicativo tradicional de la sintomatología obsesivo-compulsiva.



2.1.1.1. Intrusiones y creencias disfuncionales en la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Los pensamientos intrusivos de por sí no son nada inusuales. De hecho, se ha encontrado que un 80 o 90 por 100 de las personas experimentan pensamientos intrusivos (Clark y de Silva, 1985; Freeston, Ladoucer, Thibodeau y Gagnon, 1991; Parkinson y Rachman, 1981; Purdon y Clark, 1993; Salkovskis y Harrison, 1984). Además, se ha demostrado empíricamente que el contenido de las intrusiones

indeseadas y obsesiones es similar (Bouvard y Cottraux, 1997; Rachman y de Silva, 1978), así como que ambas pueden aparecer en diversas formas, incluyendo pensamientos, imágenes o impulsos (Freeston, Dugas y Ladouceur, 1996; Freeston, Gagnon, Ladouceur, Thibodeau, Letarte y Rhéaume, 1994). En cambio, Rachman y de Silva (1978) han encontrado que los pacientes diagnosticados de TOC caracterizan sus obsesiones como pensamientos intrusivos indeseados más frecuentes, intensos, incontrolables y más probablemente asociados a respuestas de neutralización que la población no clínica. En resumen, las diferencias observadas entre las obsesiones y los pensamientos intrusivos no son tanto el contenido o la forma de los mismos como la frecuencia, intensidad, control experimentado y conductas de neutralización realizadas.

Por otra parte, una razón central de que esos pensamientos intrusivos comunes acaben convirtiéndose en obsesiones, según el modelo propuesto, se encuentra en la valoración que se realice de esos pensamientos intrusivos (Freeston, Rhéaume y Ladouceur, 1996; Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1999). Como se ha comentado previamente, se ha sugerido que distintos sistemas de creencias participan en el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de los síntomas obsesivo-compulsivos (Freeston et al., 1996; Frost y Steketee, 2002; Purdon, 2001). En concreto, el Grupo de Trabajo sobre Cogniciones relacionadas con las Obsesiones y Compulsiones -OCCWG- (1997, 2001, 2003, 2005) ha identificado tres tipos de creencias fundamentales en el TOC:

- Importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y necesidad de controlarlos,
- Perfeccionismo y necesidad de certeza,
- Responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro.

De los tipos de creencias señaladas, tanto la importancia otorgada a los pensamientos intrusivos y la necesidad de controlarlos como la necesidad de certeza y la responsabilidad por daño y sobrestimación de peligro de los pensamientos pueden ser consideradas creencias metacognitivas. Según Flavell y Ross (1981), las creencias metacognitivas son creencias o actitudes que mantiene una persona sobre su propia cognición. Como se verá más adelante, durante los últimos años, diversos autores han destacado que son precisamente este tipo de creencias las más relevantes en la etiología, mantenimiento y tratamiento del TOC (Wells y Matthews, 1994; Wells, 2000, 2009).

2.1.1.2. Los intentos de control de los pensamientos intrusivos.

Freeston y Ladouceur (1997) definieron las estrategias de neutralización como un esfuerzo voluntario, cognitivo o conductual, dirigido a eliminar, prevenir y atenuar los pensamientos intrusivos y el malestar asociado. En general, existe consenso, dentro de las teorías cognitivas tradicionales, en que las estrategias de neutralización juegan un papel fundamental en el mantenimiento de los pensamientos intrusivos del TOC, suponiéndose que dichas estrategias son comportamientos de búsqueda de seguridad en relación con el significado subjetivo atribuido a los pensamientos intrusivos.

Concretamente, existen diversas estrategias de neutralización tales como el afrontamiento mediante la preocupación/rumiación y la supresión de pensamientos. No obstante, se ha demostrado que todas estas estrategias no consiguen su objetivo, dando como resultado un incremento de las evaluaciones negativas y creencias disfuncionales, en vez de la supresión que es lo que pretende la persona al realizarlas (Wells y Matthews, 1994).

Respecto a la preocupación/rumiación, varios estudios longitudinales han mostrado que las personas que realizan más respuestas de afrontamiento basadas en la rumiación cuando están tristes o deprimidas tienen niveles más elevados de síntomas depresivos a lo largo del tiempo, incluso después de controlar la línea base de síntomas depresivos (Carver y Scheier, 1990; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999). Además, este estilo de afrontamiento parece ser característico igualmente de los trastornos de ansiedad y de los síndromes ansioso-depresivos tanto en población adulta como en población adolescente, desempeñando un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Hughes, Alloy y Cogswell, 2008; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2010; Muris, Roelofs, Meesters y Boomsma, 2004; Nolen-Hoeksema, 2000).

En lo que respecta a la supresión de pensamientos, seguidamente se presentan los hallazgos más destacados de la literatura. Por un lado, Wegner (1994) y Wegner, Schneider, Carter y White (1987) demostraron que, en sujetos no clínicos, la supresión deliberada de pensamientos neutros resultaba en un incremento de dichos pensamientos una vez que los intentos de supresión se habían terminado. Este fenómeno fue denominado por Wegner (1989) “efecto rebote de supresión de pensamientos”. Varios autores (Clark, Ball y Pape, 1991; Clark, Winton y Thynn, 1993) han dado cuenta igualmente de la ocurrencia de dicho fenómeno.

Por otro lado, Roemer y Borkovec (1994) encontraron que la supresión de pensamientos personalmente relevantes, con temática depresiva y ansiosa, conllevaba

igualmente un aumento de ese tipo de pensamientos. Aunque no todos los estudios han podido replicar este hallazgo, la evidencia empírica disponible (Kelly y Khan, 1994; Muris, Merckelbach, Van den Hout y De Jong, 1992; Smári, Sigorjónsdóttir y Sæmundsdóttir, 1994; Wegner, Quillian y Houston, 1996) es lo suficientemente robusta. Además, ante los esfuerzos de supresión de pensamientos intrusivos indeseados, aunque no se evidencie el mencionado “efecto rebote”, se observan consecuencias negativas emocionales (Belloch, Morillo y Giménez, 2004; Rutledge, 1998; Salkovskis y Campbell, 1994).

En cuanto al TOC, y por lo que aquí concierne, Wegner (1989) sugirió que el círculo vicioso “supresión-rebote” podía ser suficiente para transformar un pensamiento neutro en un pensamiento obsesivo. Trinder y Salkovskis (1994), por su parte, encontraron evidencia que apoya la contribución de la supresión en el desarrollo de las obsesiones. Así, estos autores solicitaron a unos voluntarios sanos que identificasen un pensamiento intrusivo negativo que hubiesen mantenido recientemente. Posteriormente, los participantes fueron asignados a tres condiciones experimentales: “supresión”, “expresión del pensamiento” y “no instrucción”. Como resultado, aquellos participantes que suprimieron ese pensamiento manifestaron tanto mayor número de pensamientos intrusivos negativos como mayor malestar que el resto de participantes. En otra investigación, Smári, Birgisdóttir y Brynjólfssdóttir (1995) hallaron en una muestra no clínica que altas puntuaciones en el Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) predecían un mayor “efecto rebote” en la supresión de pensamientos. Más recientemente, Tolin, Abramowitz, Przeworski y Foa (2002) observaron que solamente un grupo de TOC, y no un grupo de control no clínico, mostraba un “efecto rebote” inmediato tras la supresión de un pensamiento neutro. Por el contrario, Purdon, Rowa y Antony (2005) no encontraron “efecto rebote” en los individuos diagnosticados de TOC tras realizar la supresión de sus pensamientos obsesivos; no obstante, esos intentos de supresión sí produjeron un mayor malestar y un estado de ánimo más negativo en esos pacientes.

Además, existen estudios que sugieren que la supresión de pensamientos puede estar igualmente involucrada en los comportamientos compulsivos. Así, Muris, Merckelbach y Clavan (1997) compararon los rituales de sujetos no clínicos con aquéllos de pacientes diagnosticados de TOC y, como se ha comentado respecto a las intrusiones, las compulsiones de ambos grupos resultaron ser similares en cuanto al contenido aunque difirieron en frecuencia, intensidad, malestar y resistencia a las mismas. Por su parte, Rassin, Merckelbach, Muris y Stapert (1999) encontraron que las personas con mayor puntuación en un cuestionario de supresión de pensamientos, el White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner y Zanakos, 1994), experimentaban sus rituales como más

intensos, molestos y con mayor resistencia a los mismos que aquéllas con puntuaciones más bajas en el cuestionario.

En resumen, parece ser que los pacientes diagnosticados de TOC utilizan considerablemente las estrategias de supresión de pensamiento. Además, esto se traduce bien en un incremento de los pensamientos intrusivos “efecto rebote” o bien en un incremento del malestar producido por los mismos. De hecho, siguiendo a Rassin, Merckelbach y Muris (2000) puede decirse que, aun cuando no todas las investigaciones llevadas a cabo han sido capaces de producir los efectos paradójicos que siguen a las estrategias de supresión, la evidencia disponible a favor del “efecto rebote” es bastante robusta. En consecuencia, algunos autores han sugerido estrategias de afrontamiento alternativas a la supresión, tales como la aceptación, mediante la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) o por medio de la terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Marcks y Woods (2005) realizaron varios estudios en los que observaron que las estrategias basadas en la aceptación llevaban a una reducción del malestar ocasionado por los pensamientos intrusivos. Igualmente, Najmi, Riemann y Wegner (2009) mostraron la eficacia de las técnicas basadas en la aceptación de cara a minimizar los pensamientos intrusivos y el malestar originado por los mismos.

2.1.2. El modelo S-REF: la meta-cognición en la génesis y mantenimiento del TOC.

Recientemente, y en la línea de las terapias de tercera generación (Hayes, 2004), han surgido una serie de enfoques cognitivos que han atraído la atención sobre las meta-cogniciones, como se ha comentado previamente, en comparación con el concepto de creencias disfuncionales enfatizado por los modelos cognitivos tradicionales (Beck, 1976; Ellis, 1962). Este énfasis sobre las meta-cogniciones difiere del realizado por las terapias cognitivas clásicas en que mientras en estas últimas el contenido de las creencias disfuncionales es fundamental en la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, en los nuevos enfoques lo es la respuesta realizada ante tales contenidos. Así, respecto al tratamiento de dichos trastornos, tanto la terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal et al., 2002) como la terapia metacognitiva (Wells, 2009) proponen cambios en la forma en la que los pacientes deben reaccionar ante sus propios pensamientos.

Uno de los modelos más influyentes en estos nuevos enfoques es el modelo de la autorregulación de las funciones ejecutivas (S-REF; Wells y Mathews, 1994). El S-REF surge como una aproximación a los factores cognitivos y meta-cognitivos involucrados en el surgimiento y mantenimiento de los trastornos emocionales. De acuerdo con este

modelo, el sistema meta-cognitivo cumple la función de regular el self por medio de las creencias sobre el propio self.

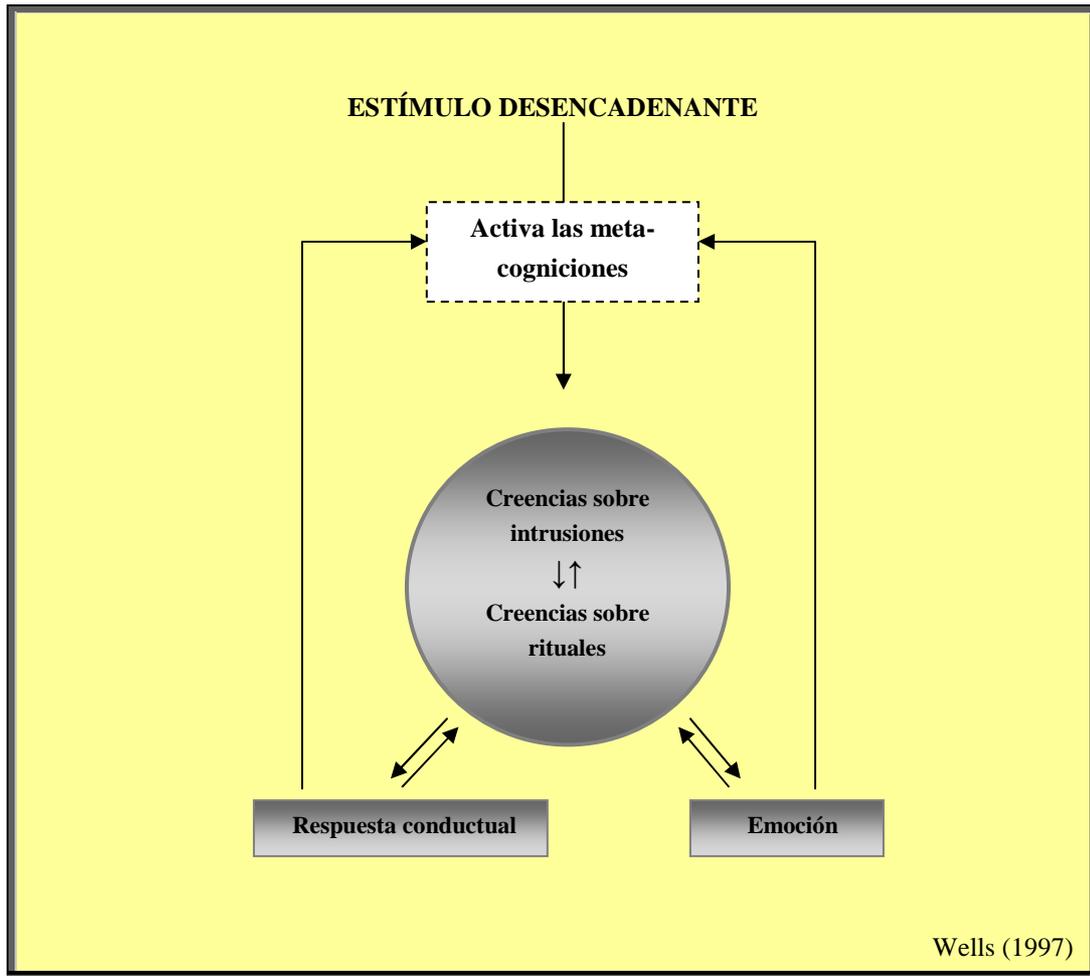
En lo concerniente al TOC, el S-REF propone que su etiología está relacionada con la interpretación inadecuada de los pensamientos intrusivos debido a las creencias metacognitivas relativas al significado y/o peligrosidad de experimentar tales pensamientos. Gwilliam, Wells y Cartwright-Hatton (2004) sugieren la existencia de dos amplios tipos de creencias metacognitivas que tienen lugar en este trastorno. El primer tipo de creencias tiene que ver con aquéllas acerca de la importancia/significado y poder de los pensamientos intrusivos:

- Fusión pensamiento-acción (TAF; Rachman, 1993), conjunto de creencias acerca de que tener un pensamiento determinado puede obligar a realizar un acto no deseado. Por ejemplo: “si pienso que puedo escupir a una persona, este pensamiento aumentará la probabilidad de que dicho acto se realice.”
- Fusión pensamiento-evento (TEF; Wells, 1997), conjunto de creencias acerca de que tener un pensamiento puede generar un evento externo negativo. Por ejemplo: “si pienso que puede ocurrir un accidente, este pensamiento aumentará la probabilidad de que tal accidente suceda.”
- Fusión pensamiento-objeto (TOF; Wells, 1997), conjunto de creencias acerca de que los pensamientos pueden transferirse a objetos. Por ejemplo: “si tengo el pensamiento de convertirme en pedófilo mientras me afeito, este pensamiento se transferirá a la cuchilla y, en futuros afeitados, utilizar dicha cuchilla incrementará la probabilidad de llegar a ser pedófilo.”

Rachman y Shafran (1999) ampliaron el concepto de TAF posteriormente introduciendo en él los otros dos tipos de pensamiento (TEF y TOF). Este concepto de TAF ampliado será revisado en el apartado 3.3., a propósito de la fusión pensamiento-acción (TAF).

El segundo tipo de creencias metacognitivas señaladas por Gwilliam et al. (2004) como centrales para el modelo S-REF del TOC son las concernientes a que los rituales deben realizarse para disminuir las consecuencias relacionadas con los pensamientos obsesivos.

En la figura 2 de la página siguiente se presenta un esquema de este modelo S-REF para la sintomatología obsesivo-compulsiva.

Figura 2. Modelo S-REF para el TOC.

Basándose en esta concepción teórica, Cartwright-Hatton y Wells (1997) construyeron un cuestionario para evaluar los distintos tipos de creencias metacognitivas: el Metacognitions Questionnaire (MCQ). Este cuestionario se compone de cinco sub-escalas: (a) creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación, (b) creencias negativas sobre la incontrollabilidad y peligro de los propios pensamientos, (c) confianza cognitiva en las propias habilidades cognitivas, (d) creencias negativas relativas a temas de superstición, castigo y responsabilidad, y (e) autoconciencia cognitiva.

Diversos estudios parecen haber encontrado que dichas sub-escalas correlacionan positivamente con la sintomatología obsesivo-compulsiva (Fisher y Wells, 2005; Hermans, Martens, De Cort, Pieters y Eelen, 2003; Janeck, Calamari, Riemann y Heffelfinger, 2003; Myers, Fisher y Wells, 2009; Myers y Wells, 2005; Solem, Håland, Vogel, Hansen y Wells, 2009; Solem, Myers, Fisher, Vogel y Wells, 2010; Wells y Papageorgiou, 1998).

Así, por ejemplo, Cartwright-Hatton y Wells (1997) encontraron que los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y aquellos diagnosticados de TOC eran significativamente diferentes en sus creencias metacognitivas de un grupo de pacientes con trastornos emocionales así como de un grupo no clínico. En concreto, las creencias negativas de incontrolabilidad de los pensamientos y las creencias negativas acerca de la superstición de los pensamientos eran las sub-escalas en las que estos grupos de pacientes diferían, puntuando ambos (TAG y TOC) destacadamente y de forma similar. Asimismo, únicamente la escala relativa a autoconciencia cognitiva se mostró como elemento diferencial entre el TOC y la TAG. Resultados en la misma dirección, respecto a la autoconciencia cognitiva en el TOC, se han hallado con una escala de autoconciencia incrementada diseñada a partir del MCQ (Janeck et al., 2003) o mediante un cuestionario breve de confianza cognitiva, el Brief Cognitive Confidence Questionnaire -BCCQ- (Hermans, Engelen, Grouwels, Joos, Lemmens y Pieters, 2008).

Por otro lado, Wells y Papageorgiou (1998a) también encontraron que las creencias metacognitivas negativas relativas a la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos correlacionaban positivamente con los síntomas obsesivos, independientemente de la tendencia a la preocupación de los pacientes. Sica, Steketee, Ghisi, Chiri y Franceschini (2007) señalaron igualmente la importancia de las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos en el TOC. Por su parte, respecto a la preocupación de los pacientes en la sintomatología obsesivo-compulsiva, Gwilliam et al. (2004) y Myers y Wells (2005) mostraron que las creencias de responsabilidad de los pacientes no correlacionaban con la sintomatología obsesivo-compulsiva cuando se controlaban las creencias metacognitivas y la preocupación, mientras que las creencias metacognitivas sí resultaban ser un buen predictor de esa sintomatología independientemente de la responsabilidad y la preocupación.

Otras investigaciones se han centrado en observar si se hallan diferencias en las creencias metacognitivas de los diferentes subtipos de TOC. Sin embargo, dichas diferencias no parecen haberse encontrado. Así, por ejemplo, aunque Irak y Tosun (2008) observaron diferencias en las meta-cogniciones que predecían la presencia de TOC y de TAG (excepto en el caso de la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos que predecía por igual ambas sintomatologías), las meta-cogniciones de los diferentes subtipos de TOC, evaluados mediante el Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977), no diferían significativamente.

En resumen, según predice el modelo S-REF, los pacientes diagnosticados de TOC parecen mostrar una gran variedad de creencias metacognitivas disfuncionales así como una mayor puntuación en las mismas en comparación con otros grupos clínicos participantes en los estudios. En concreto, las creencias negativas acerca de la

superstición, el castigo y la responsabilidad de los propios pensamientos, la autoconciencia cognitiva, y las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos parecen destacar en los estudios mencionados.

2.2. Un modelo de las alucinaciones auditivas. El papel de la meta-cognición.

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), las alucinaciones son una percepción sensorial que posee la misma apariencia de realidad que una percepción normal pero que tiene lugar sin la presencia de un estímulo externo de la modalidad sensorial en la que éstas se presentan. Existen diversas modalidades de experiencia alucinatoria (visuales, táctiles, auditivas, gustativas, olfativas y cenestésicas), si bien es la modalidad auditiva la que concentra nuestro interés.

Las alucinaciones auditivas, normalmente, se encuentran asociadas con el diagnóstico de esquizofrenia (Sartorius, Shapiro y Jablensky, 1974); no obstante, no se relacionan exclusivamente con este diagnóstico sino que se observan en una gran variedad de trastornos psicológicos (Allen y Coyne, 1995; Baethge, Baldessarini, Freudenthal, Streeruwitz, Bauer y Bschor, 2005; Fontenelle, Lopes, Borges, Pacheco, Nascimento y Versiani, 2008; Hammersley, Dias, Todd, Bowen-Jones, Reilly y Bentall, 2003). Así, por ejemplo, Romme y Escher (1996), tras realizar un estudio en una amplia muestra de pacientes psiquiátricos holandeses, informaron de la presencia de alucinaciones auditivas en el 53% de los diagnosticados de esquizofrenia, el 80% de los trastornos disociativos, el 28% de los afectivos y el 13% de los trastornos de personalidad. Además, esta sintomatología se ha descrito también en población general sin diagnóstico psiquiátrico. En concreto, entre un 4 y un 25% de la población ha informado de la presencia de alucinaciones auditivas a lo largo de su vida (Bak, Myin-Germeys, Delespaul, Vollebergh, de Graaf y Van Os, 2005; Johns, Nazroo, Bebbington y Kuipers, 2002; Ohayon, 2000; Slade y Bentall, 1988; Tien, 1991; Van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli, 2000).

Dentro de los diferentes estudios que se encuentran en la literatura para dar cuenta de la experiencia alucinatoria, se puede distinguir entre aquéllos que tratan de dilucidar los mecanismos psicológicos que intervienen en la formación de las alucinaciones y aquéllos que tratan sobre su mantenimiento (Perona-Garcelán, 2006). En general, existe un cierto consenso científico en entender que la formación de las voces tiene que ver con habla interna atribuida erróneamente a una fuente externa (Bentall, Haddock y Slade, 1994; Frith, 1995; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995). Sin embargo, los autores discrepan a la hora de dar cuenta de los mecanismos responsables de ese proceso atributivo, siendo principalmente tres las hipótesis sostenidas:

- la hipótesis de la automonitorización de Frith, que mantiene que existe un trastorno neuropsicológico subyacente en el que un hipotético mecanismo comparador entre las intenciones y la retroalimentación de las propias acciones se encuentra alterado, impidiendo el reconocimiento del habla interna como propia (Frith, 1995).
- la hipótesis de Bentall, que parte de la base de que las creencias y expectativas de la persona son un factor decisivo en el fracaso de discriminación de la realidad y, por tanto, contribuyen a la aparición de las alucinaciones (Bentall et al., 1994).
- la hipótesis de Morrison, que especifica cómo las creencias metacognitivas y la disonancia cognitiva son las responsables de la atribución externa del habla interna (Morrison et al., 1995).

Por su parte, respecto al mantenimiento de las voces, se encuentran estudios relativos a cuatro factores básicos que parecen estar involucrados; a saber, las creencias sobre las alucinaciones, las relaciones que mantiene la persona con sus voces, las conductas de seguridad y de afrontamiento ante la experiencia alucinatoria, y las respuestas emocionales consecuentes (Perona-Garcelán, 2006). El modelo etiológico de las alucinaciones de Morrison y colaboradores incorpora varios de estos factores, ofreciendo una explicación del mantenimiento de las alucinaciones. En el siguiente apartado, dado el carácter integrador de este modelo, se realiza una exposición más detallada del mismo.

2.2.1. Modelo de las alucinaciones auditivas propuesto por el grupo de Morrison.

Morrison et al. (1995) ofrecen un modelo, desde el enfoque cognitivo, que sostiene que el origen de las alucinaciones se encuentra en la aparición de determinado tipo de pensamientos que conlleva, para la persona, un alto grado de disonancia cognitiva.

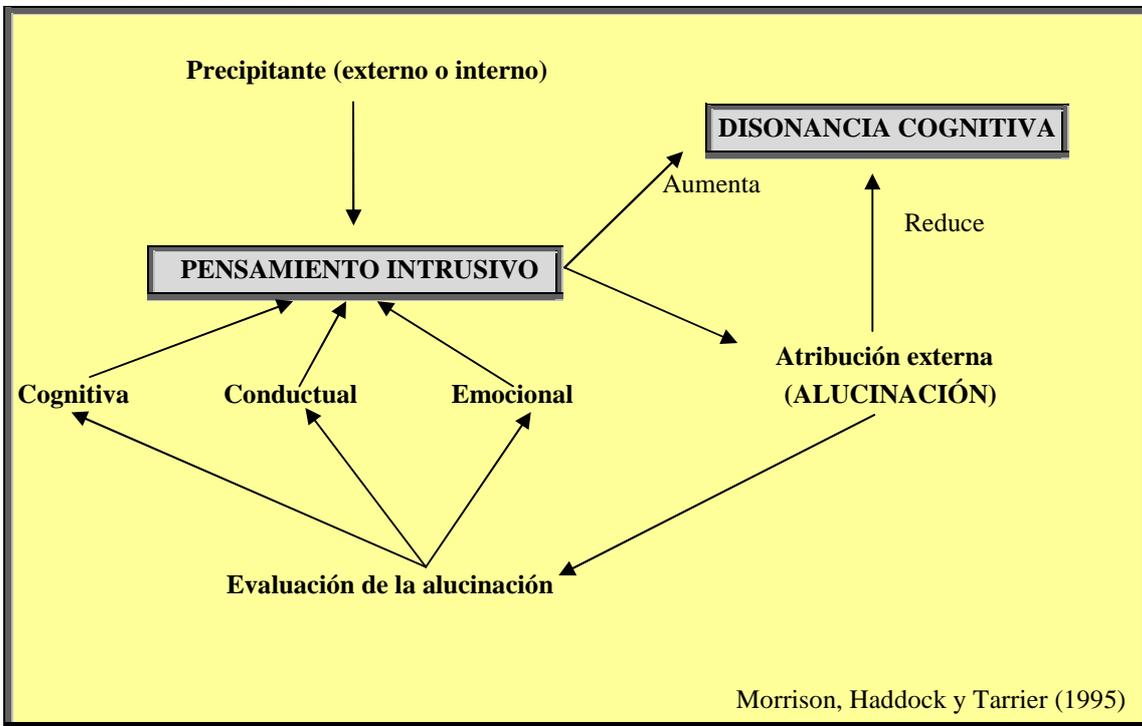
Según la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957), cuando en una persona se presentan dos pensamientos opuestos o discrepantes (disonancia cognitiva) se produce un estado de malestar que motiva al individuo a escapar de esa discrepancia. En el modelo que nos ocupa, siguiendo esta teoría, se postula que determinados pensamientos aparecen en el contexto de determinadas creencias disfuncionales (metacognitivas), convirtiéndose en pensamientos intrusivos y generando un estado de malestar que la persona intenta reducir mediante la atribución externa de los mismos.

La atribución externa conlleva que la persona considere su pensamiento como si de una voz externa se tratara, es decir, el pensamiento se convierte en experiencia

alucinatoria. Esta experiencia se encuentra determinada tanto por el contenido de las voces como por lo que supone la experiencia de escuchar voces en sí misma (Cangas, García-Montes, Moldes y Olivencia, 2004) de tal manera que, en general, se entiende que la persona interpreta las alucinaciones como una amenaza para su integridad física o psicológica (Morrison, 1998). En consecuencia, la persona realiza una serie de respuestas evitativas -cognitivas, conductuales y emocionales- que incrementan la probabilidad de que los pensamientos intrusivos vuelvan a presentarse provocando más alucinaciones, entrando así en una especie de círculo vicioso (Morrison, 1994).

La figura 3 muestra un esquema del modelo tal y como ha sido expuesto para las alucinaciones auditivas.

Figura 3. Modelo explicativo de los factores involucrados en la aparición y mantenimiento de las alucinaciones auditivas.



2.2.2. Las creencias metacognitivas y la experiencia alucinatoria. Estudios análogo-clínicos y clínicos.

Desde el modelo de Morrison et al. (1995), como se ha comentado, se ha señalado que las creencias disfuncionales, específicamente las metacognitivas, desempeñan un papel fundamental en la experiencia alucinatoria. Igualmente, a través de varios estudios -algunos de los cuales han sido previamente comentados a propósito de la sintomatología obsesivo-compulsiva-, se ha destacado la implicación de las metacogniciones en varios trastornos psicológicos: delirios de persecución (Freeman y

Garety, 1999), depresión (Papageorgiou y Wells, 2003), obsesiones (Wells y Papageorgiou, 1998), hipocondría (Bouman y Meijer, 1999) y trastorno de estrés postraumático (Holeva, Terrier y Wells, 2001). Sin duda, respecto a la experiencia alucinatoria, creer que un pensamiento propio corresponde a otra persona supone algún tipo de alteración en las estrategias metacognitivas.

Diversas investigaciones clínicas (Baker y Morrison, 1998; Lobban, Haddock, Kinderman y Wells, 2002; Morrison y Wells, 2003; García-Montes, Pérez-Álvarez, Cangas-Díaz, Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2002; García-Montes et al., 2006) se han centrado en estudiar qué tipo de creencias metacognitivas disfuncionales influyen en las alucinaciones. Para ello, la mayoría de esos estudios ha utilizado el Metacognitions Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton y Wells, 1997) que se ha comentado previamente.

Por una parte, Baker y Morrison (1998) compararon las creencias metacognitivas de un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, otro grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia sin alucinaciones, y un tercer grupo sin diagnóstico psiquiátrico. Los resultados mostraron que aquellos pacientes con experiencias alucinatorias puntuaban más alto que los otros dos grupos en las creencias metacognitivas relativas a incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos y en aquéllas relativas a los efectos positivos de la preocupación. No obstante, un análisis de regresión logístico en el que se introdujeron las variables metacognitivas, el cociente intelectual y el nivel de ansiedad de los participantes mostró que únicamente las creencias sobre la incontrolabilidad y peligro de los propios pensamientos predecían la experiencia alucinatoria.

Por otra parte, Lobban et al. (2002) hallaron que, después de controlar estadísticamente los niveles de ansiedad o depresión de los participantes del estudio, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones y los pacientes con trastorno de ansiedad tenían más creencias metacognitivas relacionadas con baja confianza en las propias habilidades cognitivas que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia sin alucinaciones y aquéllos pertenecientes a un grupo control no clínico.

Además, Morrison y Wells (2003) realizaron un estudio en el que compararon dos grupos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (uno con alucinaciones y otro con delirios de persecución), un grupo de pacientes diagnosticados de trastorno de pánico, y un grupo no clínico. Los resultados mostraron que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones poseían niveles más elevados de creencias metacognitivas disfuncionales que los otros tres grupos. En concreto, puntuaban significativamente más alto que dos de los tres grupos en creencias positivas sobre

preocupación, creencias negativas sobre incontrolabilidad y peligro, confianza cognitiva y creencias negativas acerca de la superstición, el castigo y la responsabilidad de los propios pensamientos.

Por último, otros dos estudios (García-Montes et al., 2002, 2006), con metodología similar, han encontrado que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con alucinaciones auditivas puntuaban más alto en todas las variables metacognitivas que el resto de condiciones clínicas; sin embargo, únicamente obtenían diferencias estadísticamente significativas en las meta-cogniciones relativas a creencias negativas acerca de la superstición, el castigo y la responsabilidad.

Otras investigaciones, por otro lado, se han centrado en realizar estudios análogos con sujetos no clínicos (García-Montes, Cangas, Pérez-Álvarez, Fidalgo y Gutiérrez, 2006; Jones y Fernyhough, 2006; Larøi, Collignon y Van der Linden, 2005; Larøi y Van der Linden, 2005; Morrison y Petersen, 2003; Morrison, Wells y Nothard, 2000, 2002; Stirling, Barkus y Lewis, 2007). Esas investigaciones se han realizado, igualmente, con el objetivo de determinar las características metacognitivas de los participantes; no obstante, se han centrado en sujetos no clínicos con diferente grado de tendencia a la alucinación. La mayoría de esos estudios ha encontrado una fuerte relación entre dichas variables. Así, por ejemplo, Stirling et al. (2007) llevaron a cabo un estudio en el que compararon tres grupos de participantes voluntarios con diferentes niveles de tendencia a la alucinación (alto, medio y bajo) medidos por el Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS; Launay y Slade, 1981), encontrando que la tendencia a la alucinación estaba relacionada con una elevada puntuación en cuatro de las cinco sub-escalas del MCQ: creencias negativas sobre incontrolabilidad y peligro, creencias negativas acerca de la superstición, el castigo y la responsabilidad, falta de confianza cognitiva, y autoconciencia cognitiva.

Según una serie de meta-análisis llevados a cabo por Varese y Bentall (2010), las creencias metacognitivas de los participantes de los estudios análogos parecen estar fuertemente asociadas con la tendencia a la alucinación, a diferencia de lo que sucede, según estos autores, en los estudios clínicos, donde apenas observan relación entre las creencias metacognitivas de los pacientes con alucinaciones y dichas alucinaciones. En concreto, en el meta-análisis de los estudios clínicos, tras controlar el efecto de los síntomas comórbidos, la tendencia a la alucinación se encontró débilmente asociada a las creencias metacognitivas. No obstante, como señalan diversos autores de los estudios clínicos (p. ej: García-Montes et. al, 2006; Larøi y Van der Linden, 2005), la estrategia metodológica de controlar estadísticamente la comorbilidad con otra sintomatología, como han realizado Varese y Bentall (2010), puede resultar artificiosa, aminorando la validez externa de la investigación. De hecho, según Freeman y Garety

(2003), la ansiedad y otros problemas emocionales son inseparables de la experiencia alucinatoria.

En resumen, según predice la teoría de Morrison, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas parecen mostrar tanto más variedad de creencias metacognitivas disfuncionales como mayor puntuación en las mismas que el resto de grupos participantes en los estudios clínicos. Resultados similares se han encontrado en los estudios análogos: los participantes con mayor tendencia a la alucinación mostraron mayor cantidad de creencias metacognitivas disfuncionales. En concreto, las creencias negativas acerca de la superstición, el castigo y la responsabilidad de los propios pensamientos parecen destacar en tres de los seis estudios clínicos mencionados. Asimismo, como se ha mencionado respecto a la sintomatología obsesivo-compulsiva, estas mismas creencias metacognitivas relativas a la superstición parecen ser destacadas en el TOC junto a otras dos creencias metacognitivas (confianza cognitiva y creencias negativas sobre incontrolabilidad y peligro).

Por tanto, de acuerdo con las similitudes observadas entre la sintomatología obsesivo-compulsiva y las alucinaciones, a propósito de los modelos de Morrison (propuesto para las alucinaciones) y S-REF de Wells y Mathews (en su versión para la sintomatología obsesivo-compulsiva), parece interesante contemplar el papel que la superstición -como creencia metacognitiva común- puede desempeñar en ambas sintomatologías. Así, en el apartado 3 de esta Tesis Doctoral se hará una revisión detallada del papel que desempeña la superstición en la sintomatología objeto de nuestro interés.

3. LA SUPERSTICIÓN EN PSICOPATOLOGÍA. EL PENSAMIENTO MÁGICO, LA FUSIÓN PENSAMIENTO-ACCIÓN (TAF) Y LA ESQUIZOTIPIA.

La superstición se ha relacionado, desde hace ya varias décadas, con diversos trastornos psicológicos (Odier, 1956; Bleuler, 1934; Roheim, 1955). De hecho, mediante el estudio de las relaciones establecidas entre diversa sintomatología y diferentes términos concernientes a este fenómeno (pensamiento mágico, fusión pensamiento-acción o esquizotipia) se ha tratado de desentrañar el papel que éste desempeña en la psicopatología.

A continuación, se exponen separadamente los diferentes conceptos relacionados con la superstición, es decir, el pensamiento mágico, la fusión pensamiento-acción y la esquizotipia, así como la relación de cada uno de ellos con diversos trastornos psicológicos. Particularmente, por lo que aquí concierne, se analizará su relación con el TOC y la esquizofrenia.

3.1. El pensamiento mágico. Definición, tipos y contextos de aparición.

El concepto de pensamiento mágico, surgido dentro de la tradición cognitiva, puede ser considerado como el más utilizado dentro de la literatura psicológica para hacer referencia a la superstición. En concreto, se ha definido como la atribución causal de la influencia que un evento posee en acciones o pensamientos cuando, de hecho, no existe tal relación causal (Eckblad y Chapman, 1983; Nemeroff y Rozin, 2000; Rothbaum y Weisz, 1988; Zusne y Jones, 1989).

3.1.1. Tipos de pensamiento mágico.

Existen varios conceptos o constructos que bien se relacionan directamente con este fenómeno o bien se consideran formas específicas del mismo; a saber, las creencias supersticiosas, la evitación experiencial destructiva y la fusión pensamiento-acción.

Según Einstein y Menzies (2006), las creencias supersticiosas son un tipo de pensamiento mágico que se transmite de generación en generación. Generalmente, estas creencias se refieren a situaciones que traen consigo buena o mala suerte (p. ej., “caminar bajo una escalera trae mala suerte”); no obstante, no todas las creencias se circunscriben a la suerte. Así, por ejemplo, la evitación experiencial cabría situarla aquí, por cuanto que parece transmitirse socialmente la creencia de que para funcionar correctamente deben evitarse los eventos privados aversivos.

El concepto de evitación experiencial -EA- (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Stroschal, 1996; Luciano y Hayes, 2001), propuesto como parte de un modelo contextual funcional de psicopatología, se ha señalado recientemente por García-Montes, Pérez-Álvarez, Sass y Cangas (2008) como un subtipo de superstición. Este constructo se define como la ocurrencia de intentos deliberados por parte de la persona de evitar eventos privados (o escapar de ellos) tales como afectos, pensamientos, recuerdos, sensaciones físicas, etc. que son experimentados como aversivos. Según Hayes et al. (1996), esta forma de comportamiento, efectiva a corto plazo en la evitación de eventos privados desagradables, termina conduciendo, cuando se utiliza de manera inflexible, a la extensión de dichos eventos y, por tanto, a restringir la vida de la persona (EA destructiva). En resumen, se puede considerar que existe un elemento supersticioso en la EA destructiva en la medida en que la persona actúa de acuerdo a la creencia de que hace lo correcto para eliminar los eventos privados consiguiendo, paradójicamente, una extensión de los mismos.

Por último, la fusión pensamiento-acción (TAF; Rachman, 1993) se considera una forma específica de pensamiento mágico (Amir, Freshman, Ramsey, Neary y Brigidi, 2001). En concreto, se refiere a la creencia de que pensamientos y acciones se encuentran inextricablemente unidos (Berle y Startevic, 2005). Como ejemplo de esta forma de pensamiento mágico, Salkovskis (1985) señala que “tener un pensamiento sobre una acción es como realizar dicha acción” (p. 579). Debido al creciente y exponencial desarrollo que se ha venido realizando de este constructo en el campo de la psicopatología, se hace necesaria una exposición aparte de dicho constructo. Para esa exposición más detallada sobre la TAF véase el apartado 3.2. (La fusión pensamiento-acción).

Analizados estos constructos concernientes al pensamiento mágico, cabe preguntarse en qué ámbitos o contextos aparece este fenómeno y qué papel desarrolla en la psicopatología.

3.1.2. Contextos de aparición del pensamiento mágico.

3.1.2.1. El pensamiento mágico en el ámbito cotidiano.

Según Piaget (1929), este tipo de pensamiento se da particularmente en los niños hasta la edad de diez u once años -estadio de las operaciones concretas-, momento en que comienzan a diferenciar entre fantasía y realidad. De igual manera, el pensamiento mágico se encuentra en las llamadas “sociedades primitivas” (Golden, 1977; Malinowski, 1954).

La investigación empírica, por su parte, ha venido a mostrar que este fenómeno se halla también presente en los adultos que viven en las sociedades occidentales (Subbotsky, 2004; Woolley, 1997); aunque, en general, se entiende que juega un papel mínimo en su comportamiento, emergiendo únicamente en determinadas situaciones. En concreto, la falta de información, las condiciones de incertidumbre o la incapacidad para explicar ciertos eventos proporcionan circunstancias que propician la aparición de pensamiento mágico (Jahoda, 1969); no obstante, se considera que es fundamentalmente el estrés que conllevan todas esas situaciones lo que facilita su aparición (Bleak y Frederick, 1998; Ciborowski, 1997; Einstein y Menzies, 2006).

3.1.2.2. El pensamiento mágico en el ámbito clínico.

En lo que respecta a la psicopatología, el pensamiento mágico se ha relacionado con diversos síntomas y trastornos psicológicos, tanto en la infancia y adolescencia como en la edad adulta.

Por un lado, en cuanto a la infancia y adolescencia, se ha destacado su asociación con síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de pánico y agorafobia, ansiedad de separación y ansiedad generalizada (Bolton, Dearsley, Madronal-Luque y Baron-Cohen, 2002; Evans, Milanak, Medeiros y Ross, 2002). Igualmente, en el DSM-IV-TR (APA, 2002) aparece como una de las características definitorias del trastorno esquizotípico de la personalidad (SPD).

Por otro lado, respecto a su vinculación con desórdenes psicológicos en la edad adulta, habría que resaltar, principalmente, su papel en el trastorno obsesivo-compulsivo y en la esquizofrenia.

En efecto, parece claro que el pensamiento mágico tiene un papel relevante en el TOC (Einstein y Menzies, 2004), llegando a afirmarse que la presencia de un alto grado de pensamiento mágico distingue el TOC de otros trastornos de ansiedad (Einstein y Menzies, 2006). Además, se ha encontrado que un nivel elevado de pensamiento mágico parece ser un factor de peor pronóstico en el tratamiento del TOC (Einstein y Menzies, 2008). Respecto a los diferentes rituales manifestados por estos pacientes, se ha observado un nivel más elevado de pensamiento mágico en aquéllos con rituales de comprobación que en los que manifestaban rituales de limpieza (Einstein y Menzies, 2004a, 2004b, 2006).

En relación con el papel del pensamiento mágico en la esquizofrenia, parece ser que los pacientes adultos con este desorden tienen una tendencia más acentuada hacia el pensamiento mágico que los adultos de población no clínica (Berle, Blaszczyński,

Einstein y Menzies, 2006; Tissot y Burnard, 1980) o los pacientes psiquiátricos no diagnosticados de esquizofrenia (George y Neufeld, 1987). De hecho, el pensamiento mágico se considera uno de los predictores más influyentes en el desarrollo posterior de un trastorno esquizofrénico (Eckblad y Chapman, 1983), y se ha relacionado con la aparición de alucinaciones visuales y auditivas (Chadwick y Birchwood, 1994; Close y Garety, 1998; Dubal y Viaud-Delmon, 2008).

La relevancia del pensamiento mágico en las alucinaciones auditivas de pacientes psicóticos y en el TOC, como se ha comentado en el apartado 1. a propósito del “Marco contextual de la investigación”, ha sido resaltada por García-Montes et al. (2006). Dichos autores, al investigar las meta-cogniciones que caracterizaban a distintos grupos de población clínica y no clínica, encontraron que las creencias metacognitivas sobre castigo y responsabilidad en relación a los propios pensamientos destacaban tanto en los pacientes psicóticos con alucinaciones auditivas como en los diagnosticados de TOC. Este tipo de creencias metacognitivas (p. ej., “si no llego a controlar un pensamiento que me preocupa y luego pasa lo que había pensado es culpa mía”) es interpretado como ejemplo claro de pensamiento mágico. Ahora bien, los autores dejan abierta la posibilidad de que el hecho de que este factor mágico o supersticioso destaque esté relacionado con otras características que comparten los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas y aquéllos diagnosticados de TOC, a saber: la tendencia a confundir pensamiento con acción (TAF; Rachman, 1993) o las características esquizotípicas comprendidas en ambos trastornos.

3.2. La fusión pensamiento-acción (TAF).

La fusión pensamiento-acción (TAF; Rachman, 1993) se refiere a un conjunto de sesgos cognitivos que conllevan relaciones causales incorrectas entre los propios pensamientos y la realidad externa (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996). Dada esta definición, por tanto, no es de extrañar que se considere un caso particular de pensamiento mágico.

Mediante el análisis factorial, se han hallado consistentemente dos formas de este fenómeno (Rachman, Thordarson, Shafran y Woody, 1995; Rassin, Merckelback, Muris y Schmidt, 2001). Por un lado, la TAF moral, esto es, la creencia de que tener un pensamiento inaceptable es moralmente equivalente a realizarlo. Y, por otro lado, la TAF probabilidad, es decir, la creencia de que tener un pensamiento acerca de un acontecimiento inaceptable o molesto incrementa la probabilidad de que dicho acontecimiento suceda realmente (Rassin et al., 2001; Shafran et al., 1996). A su vez, se han distinguido dos subtipos de la TAF probabilidad (relativa a probabilidades estimadas): la TAF probabilidad/uno-mismo, creencia de que el acontecimiento

estimado le pueda suceder a uno mismo, y la TAF probabilidad/otros, creencia de que el acontecimiento estimado le pueda suceder a otras personas.

A continuación, en la Tabla 1, se pueden observar ejemplos de todos los subtipos de TAF.

Tabla 1. Ejemplos de los subtipos de TAF.

Ejemplos de TAF	
TAF moral	Ej.: “Me resulta casi tan inaceptable pensar en insultar a alguien como lo pueda ser realizar dicho insulto”.
TAF probabilidad/otros	Ej.: “Si pienso que un familiar o un amigo puede ponerse enfermo, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que realmente se ponga enfermo”.
TAF probabilidad/uno-mismo	Ej.: “Si pienso que puedo lesionarme en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra una caída y resulte lesionado”.

Desde sus orígenes, el constructo TAF se ha relacionado con el TOC (Amir et al., 2001; Rachman, 1993; Rachman, et al., 1995; Shafran et al., 1996) y se ha supuesto que podría jugar un papel igualmente importante en la esquizofrenia (Berle y Startevic, 2005; Yaryura-Tobias y McKay, 2002), lo que ha sido corroborado recientemente (Kabakci, Demir, Demirel y Sevik, 2008). Además, la investigación empírica ha encontrado que la TAF se relaciona estrechamente con los trastornos de ansiedad (Abramowitz, Whiteside, Lynam y Kalsy, 2003; Berle y Starcevic, 2005; Rassin, Diepstraten, Merckelbach y Muris, 2001; Rassin, et al., 2001) y la depresión (Abramowitz et al., 2003). También se han llevado a cabo estudios en los que se ha observado una asociación, específicamente, de la TAF probabilidad, pero no de la TAF moral, con rasgos esquizotípicos (Lee et al., 2005).

En resumen, parece ser que tanto el pensamiento mágico en general como esta forma específica de pensamiento mágico, la TAF, se encuentran estrechamente relacionados con la psicopatología; aunque, dependiendo del trastorno en el que nos encontremos, las relaciones con estos constructos se encuentran más o menos respaldadas. Así, mientras que algunos autores destacan la relación del TOC con el pensamiento mágico (Einstein y Menzies, 2004a, 2004b, 2006 y 2008; Rees, Davis y Draper, 2010), otros autores subrayan la relación establecida entre la esquizofrenia y la TAF probabilidad (Kabakci et al., 2008).

3.3. Concepto y papel clínico de la esquizotipia.

Como es bien sabido, una de las características más destacables de la esquizotipia es la presencia de pensamiento mágico o conducta supersticiosa. Siendo así, no es de extrañar que, como se ha comentado previamente, García-Montes et al. (2006) propusieran las características esquizotípicas compartidas por diferentes diagnósticos como un posible factor que puede explicar la presencia de pensamiento mágico en los distintos diagnósticos. Seguidamente se desarrollan las características principales del constructo esquizotipia y se explora su relación con diversos trastornos psicológicos.

3.3.1. El carácter categorial / dimensional de la esquizotipia.

El uso del concepto de esquizotipia se observa, según Claridge (1999), ligado a dos contextos bien diferenciados en la literatura psicológica actual: el ámbito de la esquizofrenia y el de la personalidad.

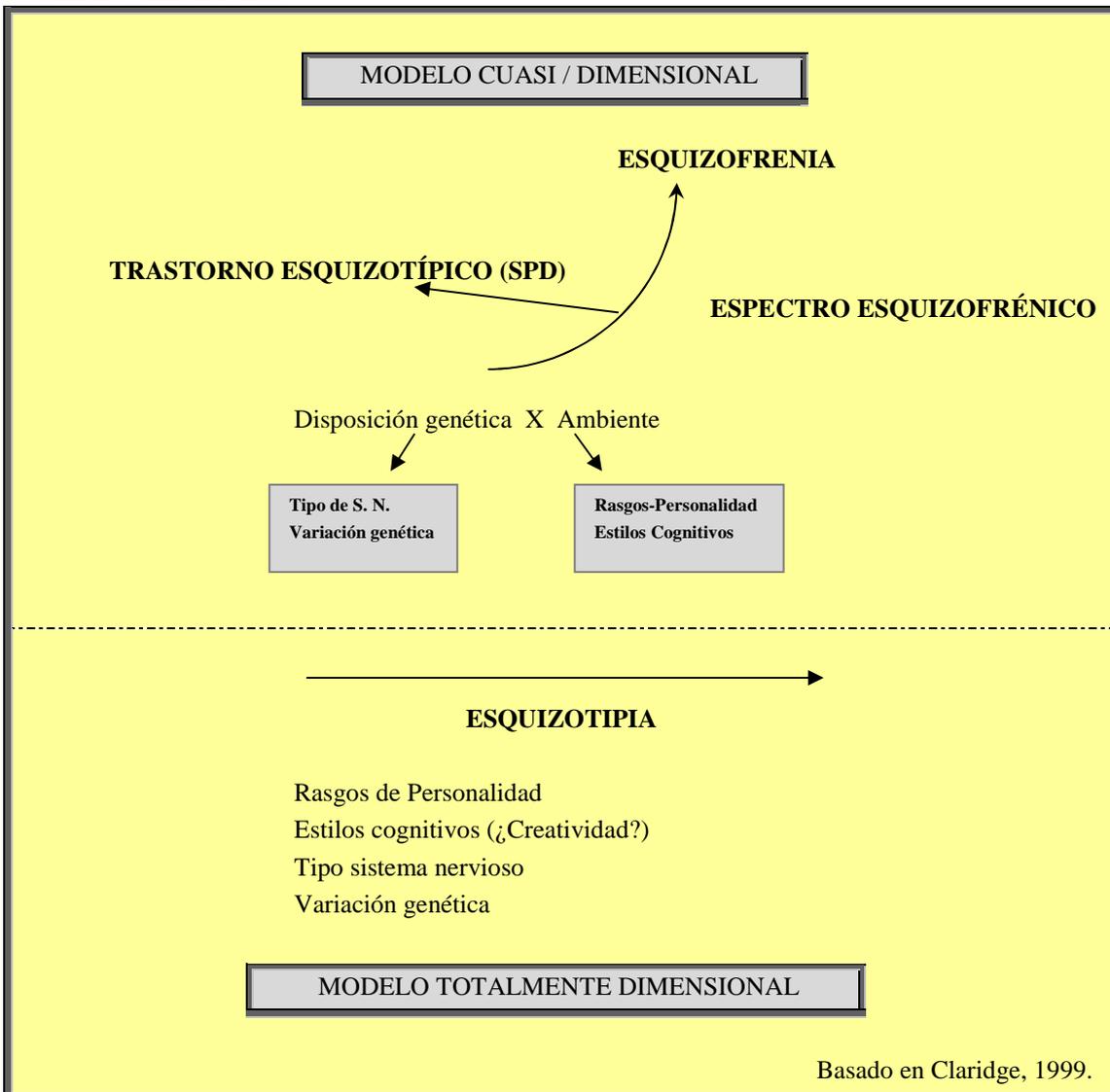
Respecto al ámbito de la esquizofrenia, el concepto de esquizotipia comenzó a construirse paralelamente al desarrollo del concepto de esquizofrenia (Martínez-Suárez, Ferrando, Lemos, Inda Caro, Paíno-Piñero y López-Rodrigo, 1999) de tal forma que, desde entonces, se le supone cierta relación con dicho concepto. Así, se localiza en la literatura bien como expresión fenotípica de la carga genética de la esquizofrenia, bien como parte constituyente del espectro esquizofrénico.

Por lo que concierne al ámbito de la personalidad, también se ha realizado un doble abordaje del término esquizotipia. En este sentido, se distingue una aproximación a la esquizotipia desde la perspectiva de la personalidad normal y otra desde el punto de vista de la personalidad alterada (mediante el trastorno esquizotípico de la personalidad -SPD-).

Estos dos contextos se corresponden con sendas líneas de investigación respecto a la esquizotipia: a saber, la línea clínico-médica y la de la personalidad. La primera conlleva una visión de la esquizotipia de carácter categorial y, por contra, la segunda se orienta al estudio de la personalidad como un continuo entre la normalidad y los trastornos psicológicos. Ambas líneas, lejos de haberse mantenido distantes en sus respectivas trayectorias, se han superpuesto en ocasiones y parece observarse una creciente convergencia entre ellas. Así, según Claridge (1999), desde la aproximación clínico-médica, se puede hablar de un acercamiento cuasi-dimensional a la esquizotipia (continuidad dentro de la enfermedad) frente al acercamiento totalmente dimensional del concepto por parte de la tradición de la personalidad.

En la figura 4 se puede contemplar un diagrama basado en Claridge (1999) que representa una comparación de los modelos de continuidad cuasi-dimensional y totalmente dimensional de la esquizotipia.

Figura 4: Diagrama de comparación de los modelos de continuidad cuasi-dimensional y totalmente dimensional.



3.3.2. Características y estructura factorial de la esquizotipia.

Es posible establecer dos acercamientos diferenciados a las características definitorias del concepto de esquizotipia. Un acercamiento refleja el modelo clínico-médico comentado anteriormente y se corresponde con la visión de la esquizotipia reflejada en los sistemas de clasificación al uso. El otro acercamiento viene respaldado por la perspectiva dimensional y trata de describir las dimensiones o rasgos hallados en los estudios factoriales de la esquizotipia.

Así, el DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye el trastorno esquizotípico de personalidad en el Eje II que agrupa los trastornos de personalidad y el retraso mental. Específicamente, los criterios propuestos en el DSM-IV-TR para este trastorno son los siguientes:

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
- (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
- (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
- (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobre-elaborado o estereotipado)
- (5) suspicacia o ideación paranoide
- (6) afectividad inapropiada o restringida
- (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
- (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
- (9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, u otro trastorno psicótico, o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Por su parte, la CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad y la incluye en la sección F20-29 como un componente del amplio espectro de los trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos y delirantes, subrayando así su continuidad con estos cuadros (continuidad dentro de la enfermedad).

Por último, los datos procedentes de estudios empíricos indican que la esquizotipia es un constructo multidimensional constituido por tres o cuatro dimensiones, fenotípicamente similares a las encontradas en la esquizofrenia. En concreto, un factor positivo (experiencias inusuales) y un factor negativo (anhedonia), ampliamente respaldados, y un tercer, o incluso cuarto factor (desorganización, disconformidad impulsiva, paranoia o ansiedad social), que presenta mayor inconsistencia (Cyhlarova y Claridge, 2005; Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto, Campillo-Álvarez y Villazón-García, 2007).

En relación con el pensamiento mágico, cabe mencionar que se ha entendido éste como un indicador de esquizotipia (Eckblad y Chapman, 1983; Meehl, 1962), incluyéndose generalmente dentro del factor positivo de ésta (Claridge, et al., 1996).

3.3.3. Papel clínico de la esquizotipia.

Es claro, a partir de la propia definición del concepto, que la esquizotipia guarda una estrecha relación con la esquizofrenia, siendo en ocasiones difícil distinguir los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia de las características que definen un trastorno de personalidad esquizotípico (Bedwell y Donnelly, 2005). De hecho, merece la pena señalar que los altos niveles de esquizotipia se han considerado por algunos autores (Lenzenweger y Korfina, 1995; Meehl, 1962; Meehl, 1989) como una condición necesaria -aunque no suficiente- para el subsiguiente desarrollo de la esquizofrenia (Verdoux y Van Os, 2002). Además, se han encontrado altos niveles de rasgos esquizotípicos en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia (Calkins, Curtis, Grove y Iacono, 2004; Sellen, Oaksford y Gray, 2005).

Por lo que respecta al TOC, las relaciones de este trastorno con la esquizotipia también parecen hallarse claramente respaldadas. Así, por ejemplo, Norman et al. (1996) encontraron una alta correlación entre esquizotipia y sintomatología obsesivo-compulsiva ($r = .60$) en una muestra de 117 pacientes psiquiátricos ambulatorios. Partiendo de la base de resultados como éste, algunos autores han sugerido que el TOC comparte más con la familia de trastornos esquizofrénicos que con la de los trastornos de ansiedad (Enright, 1996; Enright y Beech, 1997) o, cuando menos, se ha llegado a proponer la existencia de un subtipo esquizotípico en el TOC (Sobin, Blundell, Weiller, Gavigan, Haiman y Karayiorgou, 1999).

4. RECAPITULACIÓN Y PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PRESENTE ESTUDIO.

De acuerdo con el modelo de Morrison et al. (1995) y el modelo S-REF (Wells y Mathews, 1994) en su versión para el TOC, como decíamos anteriormente, la ocurrencia de determinados eventos, tales como pensamientos obsesivos y alucinaciones, se encuentra relacionada con las creencias metacognitivas sostenidas por los pacientes diagnosticados de TOC y esquizofrenia. Igualmente, esos modelos señalan que las respuestas evitativas o de neutralización realizadas por esos pacientes desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de dicha sintomatología.

En este sentido, las diferentes metacogniciones presentadas por los pacientes con alucinaciones auditivas y aquéllas presentadas por los pacientes diagnosticados de TOC concentran parte del interés del presente estudio. En concreto, nos centraremos en las creencias metacognitivas negativas relativas a superstición, castigo y responsabilidad dada su implicación en la sintomatología objeto de interés (Cartwright-Hatton y Wells, 1997; García-Montes et al., 2002, 2006; Morrison y Wells, 2003; Sica et al., 2007).

Además, como se ha indicado previamente, el objetivo de este estudio consiste en analizar el papel que juega la superstición o pensamiento mágico y otros constructos afines, como la TAF o la esquizotipia, en las alucinaciones auditivas verbales de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y en el TOC. Se estima así que un análisis detallado de este constructo, en sus distintas concepciones, proporcionaría material que permitiría una mayor comprensión de dicha sintomatología. No obstante, la importancia que la superstición puede tener para el desarrollo de la sintomatología alucinatoria u obsesivo-compulsiva no conlleva asumir los términos meta-cognitivos en los que se ha planteado, sino que puede ser reconstruida desde los avances existentes de las terapias contextuales (Hayes, 2004; Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Törneke, Luciano y Valdivia, 2008; Wilson y Luciano, 2002).

A la hora de llevar a cabo esta investigación, se parte del supuesto metodológico de que el control estadístico de los distintos factores considerados podría resultar sumamente artificial, máxime teniendo en cuenta que se trata de conceptos con fuertes relaciones entre sí y con diagnósticos clínicos que se han relacionado en diversas ocasiones. Por ello, siguiendo la recomendación metodológica de García-Montes et al. (2006), se considera más apropiado realizar comparaciones entre grupos clínicos y no clínicos. El hecho de que en los diferentes grupos influyan esos factores permite que sea el diagnóstico específico de cada grupo lo que les diferencie sustancialmente y así atribuir a ese hecho diferencial los resultados hallados. La selección de los grupos de

para a realizar dichas comparaciones se ha realizado guiada por criterios o concepciones teóricas, con el objetivo de que sea posible mantener o refutar el modelo sostenido.

PARTE II - FUNDAMENTO EMPÍRICO

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación se inscribe, como se ha indicado anteriormente, dentro de un proyecto más general que trata de estudiar las variables personales que influyen en las alucinaciones y los delirios. Específicamente, con base en el trabajo previo de García-Montes et al. (2006) acerca del papel de las creencias metacognitivas en las alucinaciones auditivas y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), esta Tesis Doctoral explora el papel del pensamiento mágico, la fusión pensamiento-acción (TAF) y la variable personal esquizotipia en las alucinaciones y en el TOC.

En concreto, los objetivos que se pretenden alcanzar mediante este estudio son los señalados a continuación.

1.1. Objetivo general.

El presente trabajo trata de aclarar por qué en la anterior investigación (García-Montes et al., 2006) la superstición resultó ser un factor común de relevancia tanto en pacientes con alucinaciones auditivas como en pacientes diagnosticados de TOC. En este sentido, explora el papel de variables estrechamente relacionadas con la superstición en las alucinaciones auditivas y en el TOC: el pensamiento mágico, la TAF y la esquizotipia, según quedó planteado en el citado trabajo.

1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos de la investigación son los siguientes:

✓ Replicar parcialmente la investigación anterior, incluyendo además un grupo de pacientes diagnosticado de trastorno esquizotípico de la personalidad (la inclusión de este nuevo grupo de investigación, respecto al estudio de García-Montes et al. (2006), viene motivada por la importante relación observada del trastorno esquizotípico de la personalidad -SPD- con el TOC, las alucinaciones auditivas y el pensamiento mágico). Esta replicación conlleva, por un lado, comparar tres grupos de pacientes (diagnosticados de esquizofrenia -con presencia de alucinaciones auditivas-, de TOC y de SPD) en sus creencias metacognitivas y en su predisposición a la alucinación. Y, por otro lado, determinar cuál o cuáles de estas creencias metacognitivas predicen la tendencia a la alucinación.

✓ Comparar el pensamiento mágico presente en los diferentes grupos de pacientes mediante una escala específica para este tipo de pensamiento. De esta forma, se

pretende corroborar la presencia destacada de pensamiento mágico hallada en la anterior investigación mediante el factor superstición del cuestionario de metacogniciones.

✓ Comparar las características esquizotípicas presentes en los diferentes grupos del estudio mediante una escala específica para el trastorno esquizotípico de la personalidad. Así, se pretende observar en qué medida esta variable, estrechamente ligada a la superstición, esclarece el hallazgo del anterior estudio.

✓ Comparar la TAF presente en los diferentes grupos del estudio mediante una escala específica para esta variable (Thought-Action Fusion Scale, TAFS) y, por tanto, observar si dicha variable, igualmente relacionada con la superstición, es relevante a la hora de dilucidar el anterior hallazgo.

✓ Determinar cuál o cuáles de estas nuevas variables objeto de estudio relacionadas con la superstición (esquizotipia, TAF y pensamiento mágico) predicen la tendencia a las alucinaciones.

✓ Comparar las características obsesivo-compulsivas presentes en los diferentes grupos de estudio y determinar qué variables, de las presentes en el estudio, predicen en mayor medida estas características. Este objetivo permite, a su vez, observar si las variables predictoras de las características obsesivo-compulsivas comparten alguna similitud con aquéllas que predicen las alucinaciones auditivas.

2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Basándonos en los objetivos anteriormente mencionados, así como en los hallazgos empíricos encontrados en la literatura (Berle et al., 2006; Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Close y Garety, 1998; Dubal y Viaud-Delmon, 2008; Einstein y Menzies, 2004, 2006; García-Montes et al., 2002, 2006; Morrison y Wells, 2003; Sica et al., 2007), podrían formularse las hipótesis que se presentan a continuación.

✓ Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas, los pacientes diagnosticados de TOC y aquellos con trastorno esquizotípico de personalidad (SPD) se caracterizarán por presentar mayor puntuación en el factor necesidad de controlar los pensamientos del cuestionario de metacogniciones que el resto de los grupos que participan en la investigación (este factor incluye ítems correspondientes al factor superstición de la versión extensa del cuestionario de metacogniciones). De la misma manera, estos mismos tres grupos de pacientes se caracterizarán por presentar mayor grado de predisposición a la alucinación que el resto de los grupos participantes. Por último, esta tendencia a las alucinaciones será predicha en mayor medida por ese factor de necesidad de controlar los pensamientos del cuestionario de metacogniciones.

✓ Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas, los pacientes diagnosticados de TOC y aquellos diagnosticados de SPD se caracterizarán por presentar un mayor grado de pensamiento mágico que el resto de grupos participantes.

✓ Los pacientes del grupo de SPD, así como los del grupo de TOC y los del grupo diagnosticado de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas se caracterizarán por presentar mayor grado de características esquizotípicas que aquellos pertenecientes al resto de grupos que participan en la investigación.

✓ Igualmente, los pacientes anteriormente mencionados se caracterizarán por presentar mayor puntuación que el resto de los grupos de la investigación en la escala de la TAF.

✓ Si se toma la predisposición a las alucinaciones como una variable continua, presente en mayor o menor medida en todos los participantes, el pensamiento mágico, la TAF y la esquizotipia mostrarán su utilidad a la hora de predecir el grado de predisposición a las alucinaciones auditivas de los participantes.

✓ Los pacientes del grupo de TOC, así como los del grupo de SPD y aquellos diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas se caracterizarán por presentar mayor puntuación que el resto de participantes en sus características obsesivo-compulsivas (Cunill et al., 2009; Norman et al., 1996; Sobin et al., 1999; Tiryaki y Özkorumak, 2010). Además, tomándose igualmente las características obsesivo-compulsivas como una variable continua, presente en mayor o menor grado en todos los participantes, el pensamiento mágico, la TAF y la esquizotipia mostrarán también su utilidad en la predicción del grado de características obsesivo-compulsivas de los integrantes del estudio.

A continuación se presenta la Tabla 2 que muestra mediante el signo más (+) las puntuaciones destacadas hipotetizadas de los grupos en los distintos instrumentos.

Tabla 2. Puntuaciones hipotetizadas de los grupos en los instrumentos.

	MCQ-30 (Necesidad de control)	LSHS-R	TAFS	MOCI	MIS	OLIFE-R
Grupo 1 (Esquizofrenia)	+	+	+	+	+	+
Grupo 2 (Trast. Psicótico)						
Grupo 3 (TOC)	+	+	+	+	+	+
Grupo 4 (SPD)	+	+	+	+	+	+
Grupo 5 (Control clínico)						
Grupo 6 (No-clínico)						

Nota: MCQ-30, Metacognitions Questionnaire-30; LSHS-R, Launay-Slade Hallucinations Scale-Revised; TAFS, Thought-Action Fusion Scale; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; MIS, Magical Ideation Scale; O-LIFE-R, Inventario Reducido Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias.

3. PARTICIPANTES.

La muestra del estudio estuvo formada por 5 grupos de pacientes diagnosticados con diferentes trastornos de acuerdo a los criterios establecidos en la DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y un grupo de participantes no clínico. Seguidamente se detallan los componentes de cada uno de estos grupos.

✓ El grupo 1 (esquizofrenia con alucinaciones auditivas, n = 37) estuvo formado por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que en ese momento referían alucinaciones auditivas. Con el objetivo de determinar si un paciente diagnosticado de esquizofrenia experimentaba alucinaciones auditivas, se tomó como criterio una puntuación de cuatro o más en los ítems correspondientes a experiencia alucinatoria de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS, Peralta y Cuesta, 1994), validación en castellano de la Positive and Negative Syndrome Scale de Kay, Opler y Lindenmayer, (1988) (*Véase Anexo I*).

✓ El grupo 2 (trastorno psicótico sin alucinaciones, n = 30) estuvo compuesto por pacientes con diagnóstico de psicosis que no habían manifestado experiencias alucinatorias en ninguna modalidad sensorial. Específicamente, en este grupo se incluyeron 20 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia, 5 con un diagnóstico de psicosis paranoide, 4 que presentaban un trastorno esquizo-afectivo y 1 diagnosticado de psicosis maníaco-depresiva.

✓ El grupo 3 (trastorno obsesivo-compulsivo -TOC-, n = 37) estuvo integrado por pacientes diagnosticados de TOC. A la hora de realizar las evaluaciones se tuvo especial cuidado en excluir, a partir de la historia clínica del participante, cualquier sujeto que hubiera presentado con anterioridad episodios de tipo psicótico.

✓ El grupo 4 (trastorno esquizotípico de la personalidad -SPD-, n = 36) estuvo comprendido por pacientes diagnosticados de SPD según los criterios diagnósticos recogidos en el Eje II del DSM-IV-TR (APA, 2002). Con el fin de formar un grupo lo más homogéneo y representativo posible, se descartaron aquellos posibles participantes que, simultáneamente, presentaban cualquier desorden de los contemplados en el Eje I.

✓ El grupo 5 (grupo de control clínico, n = 41) estuvo constituido por pacientes tratados en los servicios de salud mental por diversos trastornos, a excepción de los mencionados en los anteriores grupos. Igualmente, como criterio de exclusión, aquellos pacientes que habían sufrido con anterioridad dichos trastornos fueron desestimados. Específicamente, en este grupo se incluyeron 7 pacientes con un diagnóstico de trastorno adaptativo, 6 de trastorno de ansiedad generalizada, 5 de trastorno depresivo

mayor, 4 diagnosticados de trastorno de personalidad, 3 de trastorno distímico, 3 de trastorno de angustia con agorafobia, 2 que presentaban problemas de pareja, 1 anorexia nerviosa, 1 bulimia nerviosa, 1 abuso de sustancias, 1 diagnosticado de trastorno de dependencia alcohólica, 1 de insomnio primario, 1 de fobia social, 1 de fobia específica, 1 con diagnóstico de trastorno de estrés agudo, 1 de trastorno de estrés postraumático, 1 de trastorno de angustia sin agorafobia y, finalmente, 1 de trastorno depresivo no especificado. La razón de incluir este grupo en el estudio fue incorporar un grupo heterogéneo que hubiera experimentado diferentes problemas emocionales sin presentar, sin embargo, la sintomatología alucinatoria, obsesivo-compulsiva o esquizotípica comprendida en los otros grupos.

✓ El grupo 6 (grupo de control no clínico, n = 42) estuvo compuesto por personas atendidas en un centro de evaluación psicotécnica para la obtención del certificado que les permitía renovar su carnet de conducir. Fueron excluidos aquéllos que habían recibido bien atención psiquiátrica o psicológica o bien tratamiento con psicofármacos.

En total, la muestra estuvo compuesta por 223 participantes, 143 hombres y 80 mujeres.

En la Tabla 3 se presenta la edad media y el sexo de los grupos que participaron en el estudio.

Tabla 3. Edad media y sexo de la muestra.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
N	37	30	37	36	41	42
Edad						
<i>Media</i>	35.73	36.73	31.35	31.44	31.48	35.11
<i>Desviación</i>	(8.04)	(7.46)	(8.83)	(9.58)	(10.28)	(9.50)
Sexo						
<i>Masculino</i>	24	27	22	26	20	24
<i>Femenino</i>	13	3	15	10	21	18

Nota: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Todos los participantes con un diagnóstico de trastorno psicótico (grupo 1 y 2) y aquéllos relativos al grupo 4 (diagnosticados de SPD) estaban bajo tratamiento con neurolépticos y fueron seleccionados a partir de la población atendida en centros hospitalarios, concretamente el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y el Hospital Sierrallana de Torrelavega (Cantabria). Algunos de estos pacientes se encontraban también bajo tratamiento con benzodiazepinas o, en un pequeño número de casos, antidepresivos.

Por su parte, los participantes del grupo de “otros clínicos” así como los del grupo de TOC estaban siendo atendidos, bien como pacientes ambulatorios, en servicios de salud pública, o bien en psicólogos privados. Ninguno de estos pacientes recibía tratamiento con neurolépticos, aunque algunos de ellos sí estaban bajo tratamiento con benzodiazepinas o antidepresivos.

Por último, se ha de indicar que la totalidad de los pacientes que participaron en el estudio firmaron un documento de consentimiento informado, por el que permitían la utilización de los datos que se recogían para fines de investigación (*Véase Anexo II*).

4. INSTRUMENTOS.

En este apartado se describen brevemente los instrumentos utilizados en el estudio.

4.1. Metacognitions Questionnaire-30. (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004) (Véase Anexo III).

El MCQ-30 es un cuestionario de 30 ítems que se responden de acuerdo a una escala de 1 (“No está nada de acuerdo”) a 4 (“Está totalmente de acuerdo”). El análisis factorial llevado a cabo por los autores ha mostrado la presencia de 5 factores empíricamente diferenciados y relativamente estables (Wells y Cartwright-Hatton, 2004). En concreto, éstos son: confianza cognitiva, creencias positivas, auto-conciencia cognitiva, incontrolabilidad y peligro, y necesidad de controlar los pensamientos.

En la Tabla 4 puede observarse un resumen de estos factores así como unos ejemplos de los ítems que los constituyen.

Tabla 4. Factores del cuestionario Metacognitions Questionnaire-30.

MCQ-30	
Confianza cognitiva	Ej.: “Creo que tengo mala memoria para recordar palabras y nombres”.
Creencias positivas	Ej.: “Estar preocupado me ayuda a tener las cosas ordenadas en mi mente”.
Auto-conciencia Cognitiva	Ej.: “Pienso mucho sobre mis propios pensamientos”.
Incontrolabilidad y peligro	Ej.: “Cuando me empiezo a preocupar no puedo parar”.
Necesidad de controlar los pensamientos	Ej.: “Si no lograra controlar mis pensamientos no sería capaz de hacer cosas”.

La validez convergente y de constructo del test está apoyada por estudios empíricos (Wells y Cartwright-Hatton, 2004).

En el presente estudio se aplicó una versión española del MCQ-30, traducida de acuerdo con las recomendaciones de Muñiz y Hambleton (1996). En esa versión, se seleccionaron dos traductores, familiarizados con la cultura española y la americana, y se utilizó el método de la “traducción inversa”; esto es, primero se tradujo el test al español por parte de uno de los traductores y después el segundo traductor realizó la traducción inversa, del español al inglés.

Respecto a los análisis de fiabilidad realizados sobre la muestra que participó en la presente investigación, se arrojaron los siguientes coeficientes para cada uno de los factores del test: confianza cognitiva, α de Cronbach = .854; creencias positivas, α de Cronbach = .841; auto-conciencia cognitiva, α de Cronbach = .755; incontrolabilidad y peligro, α de Cronbach = .799; y necesidad de controlar los pensamientos, α de Cronbach = .784. Resultados similares fueron encontrados en una investigación reciente sobre la relación de la metacognición, la absorción y la despersonalización en pacientes con alucinaciones auditivas (Perona-Garcelán et al., 2010).

4.2. Launay Slade Hallucination Scale-Revised. (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985) (Véase Anexo IV).

La escala Launay-Slade Hallucination Scale, LSHS (Launay y Slade, 1981), modificada por Bentall y Slade (1985), fue diseñada para medir la tendencia a las alucinaciones en población normal. Se desarrolló partiendo de la base de que la experiencia alucinatoria se encuentra en un continuo, desde los estados no-clínicos a los clínicos. En concreto, se trata de un cuestionario compuesto de 12 ítems que se completan en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta.

La traducción de este instrumento al castellano se realizó, al igual que en el caso anterior, siguiendo las indicaciones de Muñiz y Hambleton (1996). Esta misma versión ha sido utilizada en otra investigación, encontrándose un valor de fiabilidad mediante el α de Cronbach de .70 (Fonseca-Pedrero et al., 2010).

La consistencia interna del cuestionario en el presente estudio, medida mediante el estadístico α de Cronbach, arrojó un valor de .831.

4.3. Thought-Action Fusion Scale. (TAFS; Shafran, Thordarson y Rachman, 1996) (Véase Anexo V).

La TAFS consiste en 19 ítems que miden la fusión de pensamientos y acciones. Los ítems están baremados según una escala de cinco puntos, en la que el cero simboliza un

total desacuerdo y el 4 un total acuerdo. Esta escala TAF se compone de tres sub-escalas: TAF-moral, TAF-probabilidad/otros y TAF-probabilidad/uno-mismo.

En la Tabla 5 pueden verse las sub-escalas de este instrumento además de un ejemplo de los ítems que las forman.

Tabla 5. Sub-escalas del cuestionario Thought-Action Fusion Scale.

TAFS	
TAF-moral	Ej.: “Me resulta casi tan inaceptable pensar en hacerle a un amigo una observación como de hecho decirla”.
TAF-probabilidad/otros	Ej.: “Si pienso que un familiar o algún amigo pueden llegar a perder su trabajo, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que pierdan su trabajo”.
TAF-probabilidad/uno- mismo	Ej.: “Si pienso que puedo lesionarme en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra una caída y resulte lesionado”.

Se debe resaltar que este instrumento ha mostrado su utilidad transcultural al haber sido adaptado a una muestra de población turca con resultados satisfactorios y similares a la versión original en inglés (Yorulmaz, Yilmaz y Gensçöz, 2004). Para la presente investigación, también la TAFS ha sido traducida al castellano de acuerdo a las indicaciones de Muñiz y Hambleton (1996).

Respecto a los análisis de fiabilidad realizados sobre la muestra que participó en esta investigación, se arrojaron los siguientes coeficientes para cada una de las sub-escalas del test: TAF-moral, α de Cronbach = .928; TAF-probabilidad/otros, α de Cronbach = .916; y TAF-probabilidad/uno-mismo, α de Cronbach = .889.

4.4. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) (Véase Anexo VI).

El MOCI es un cuestionario autoinformado utilizado para evaluar la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, especialmente rituales, en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 30 ítems de respuesta dicotómica distribuidos en 4 sub-escalas: comprobación, limpieza, lentitud/repetición, y conciencia/duda.

En la Tabla 6 se muestran las cuatro sub-escalas así como un ejemplo de los ítems que las constituyen.

Tabla 6. Sub-escalas del cuestionario Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory.

MOCI	
Comprobación	Ej.: “A menudo tengo que revisar las cosas (por ej. La llave del gas, los grifos, las puertas, etc.) varias veces”.
Limpieza	Ej.: “El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana”.
Lentitud/repetición	Ej.: “A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo”.
Conciencia/duda	Ej.: “Incluso cuando hago alguna cosa cuidadosamente suelo pensar que no está totalmente correcta”.

Morillo, Giménez, Belloch, Lucero, Carrió y Cabedo (2003) hallaron en población española que una puntuación total de 14 puntos se correspondía con el criterio de corte más adecuado para detectar la presencia de características obsesivas sub-clínicas.

En el presente estudio se utilizó la adaptación española de Ávila (1986).

En lo que se refiere a la consistencia interna del cuestionario, el estadístico alpha de Cronbach arrojó para este estudio un valor de .789.

4.5. Magical Ideation Scale (MIS; Eckblad y Chapman, 1983) (Véase Anexo VII).

Este cuestionario consta de 30 ítems que se responden mediante una escala de verdadero-falso y trata de evaluar percepciones idiosincrásicas de relaciones causa-efecto. Debe destacarse que la escala fue originalmente desarrollada para evaluar el pensamiento mágico en la esquizotipia. Respecto a las propiedades psicométricas de este instrumento, cabe decir que se ha hallado una buena consistencia interna, con coeficientes de fiabilidad de 0.82 a 0.93 (Fonseca-Pedrero, Paíno, Lemos-Giráldez, García-Cueto, Villazón-García y Muñiz, 2009; Tolin, Abramowitz, Kozak y Foa, 2001; Norman et al., 1996). Además, George y Neufeld (1987) mostraron que un punto de corte de 9.5 clasificaba correctamente al 53% de los esquizofrénicos y al 100% de los pacientes del grupo control no esquizofrénicos.

En el presente estudio se utilizó la adaptación española de Fonseca-Pedrero et al. (2009).

En lo que se refiere a la consistencia interna del cuestionario, el estadístico alpha de Cronbach arrojó para este estudio un valor de .853.

4.6. Oxford Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE-R; Gutiérrez-Maldonado, Barrantes-Vidal, Obiols, Aguilar y Aguilar, 1999) (Véase Anexo VIII).

Se trata de la versión reducida experimental en castellano del Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences de Mason, Claridge y Jackson (1995). Consta de 40 ítems que se responden mediante una escala de verdadero-falso. El análisis factorial del cuestionario proporciona cuatro componentes estructurales: experiencias inusuales, desorganización cognitiva, anhedonia introvertida y disconformidad impulsiva (Gutiérrez-Maldonado et al., 1999).

En la Tabla 7 se pueden observar los componentes estructurales de este cuestionario además de ejemplos de los ítems que los componen.

Tabla 7. Sub-escalas del cuestionario Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences.

O-LIFE-R	
Experiencias inusuales	Ej.: “¿En alguna ocasión se ha sentido como si su cuerpo no existiera?”
Desorganización cognitiva	Ej.: “¿Se siente fácilmente confundido si pasan muchas cosas al mismo tiempo?”
Anhedonia introvertida	Ej.: “¿Sabe relajarse y disfrutar en una fiesta?”
Disconformidad impulsiva	Ej.: “¿Siente a veces el impulso de hacer algo perjudicial o chocante?”

Las propiedades psicométricas de esta escala reducida, así como su correspondencia con la versión original del O-LIFE y su incidencia sobre procesos cognitivos relativos a la atención, la percepción y la función ejecutiva han sido estudiadas por Álvarez López (2005). Los resultados hallados indicaron una fiabilidad, calculada mediante el

coeficiente alpha de Cronbach, de .73 para la sub-escala de experiencias inusuales, .75 para la de desorganización cognitiva, .73 para la de anhedonia introvertida y .56 para la de disconformidad impulsiva. Igualmente, se obtuvieron índices de correlación elevados y significativos entre las escalas de O-LIFE y sus homónimas en O-LIFE-R, siendo superiores a .81 para las escalas de experiencias inusuales, desorganización cognitiva y anhedonia introvertida. Sin embargo, la escala de disconformidad impulsiva, respecto a su homónima de la versión extensa, no ofreció índices de correlación tan elevados ($r = .785$).

Respecto a los análisis de fiabilidad realizados sobre la muestra que participó en la presente investigación, se arrojaron los siguientes coeficientes para cada una de las sub-escalas del test: experiencias inusuales, α de Cronbach = .792; desorganización cognitiva, α de Cronbach = .832; anhedonia introvertida, α de Cronbach = .774 y disonformidad impulsiva, α de Cronbach = .618.

5. PROCEDIMIENTO.

Tras aceptar tomar parte en el estudio, todos los participantes fueron entrevistados para realizar una evaluación inicial y ver si cumplían los criterios requeridos para los diagnósticos según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Seguidamente, se les administraron los seis cuestionarios descritos más arriba en el mismo orden en que han sido expuestos. Los participantes rellenaron los cuestionarios ellos mismos.

Asimismo, se les comentó que si tenían alguna duda referente a los cuestionarios se la planteasen al clínico que les acompañaba durante el tiempo en que los cumplimentaban. A este respecto, se ha de señalar que la persona que administraba los test era el psicólogo que habitualmente atendía al paciente.

Por último, se ha de comentar que los participantes no recibieron ningún tipo de compensación por participar en el estudio.

6. RESULTADOS.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

6.1. Puntuaciones medias de los grupos en los instrumentos.

En la Tabla 8 de la página siguiente se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los grupos en los distintos instrumentos implementados en la investigación.

Como se puede apreciar, la puntuación media del grupo 1 (esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas) en el Launay-Slade Hallucination Scale-Revised (LSHS-R; Bentall y Slade, 1985) fue de 26.89, con una desviación típica de 7.456.

Por su parte, la puntuación media del grupo 3 (TOC) en el Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson y Rachman, 1977) resultó ser de 12.351, con una desviación típica de 5.613. Las obsesiones más comunes en este grupo tuvieron que ver con la comprobación, seguidas de las relativas a conciencia o duda.

Además, merece ser destacado que la puntuación media del grupo 4 (SPD) en el Inventario Reducido Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE-R; Gutiérrez-Maldonado et al, 1999) fue de 20.86 con una desviación típica de 8.01.

Tabla 8. Puntuaciones medias de los grupos en los instrumentos.

	MCQ-30	LSHS-R	TAFS	MOCI	MIS	OLIFE-R
Grupo 1						
(Esquizofrenia)						
<i>Media</i>	69.73	26.89	26.16	11.78	11.48	17.89
<i>Desviación</i>	17.683	7.456	16.106	4.773	5.829	6.436
Grupo 2						
(Trast. psicótico)						
<i>Media</i>	66.63	16.60	18.46	9.77	5.30	14.77
<i>Desviación</i>	16.253	3.136	14.050	4.966	3.465	7.084
Grupo 3						
(TOC)						
<i>Media</i>	65.00	18.70	23.46	12.35	5.95	16.81
<i>Desviación</i>	17.726	4.465	15.833	5.613	4.082	6.740
Grupo 4						
(SPD)						
<i>Media</i>	64.81	19.69	21.47	12.17	8.86	20.86
<i>Desviación</i>	18.784	5.984	17.296	4.795	6.841	8.011
Grupo 5						
(Control clínico)						
<i>Media</i>	64.37	18.68	17.98	10.17	6.61	14.07
<i>Desviación</i>	16.079	3.282	13.545	4.810	5.122	6.99
Grupo 6						
(No-clínico)						
<i>Media</i>	61.21	17.83	17.23	9.26	6.50	12.29
<i>Desviación</i>	15.604	5.132	13.110	5.504	5.176	5.964

Nota: MCQ-30, Metacognitions Questionnaire-30; LSHS-R, Launay-Slade Hallucinations Scale-Revised; TAFS, Thought-Action Fusion Scale; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; MIS, Magical Ideation Scale; O-LIFE-R, Inventario Reducido Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias.

6.2. Estadísticos de comparación en relación con los participantes.

Por lo que se refiere a la edad de los participantes, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los integrantes de cada uno de los grupos [$F(5, 217) = 2.66, p = .024$]. Sin embargo, dichas diferencias no llegan a ser significativas si se utiliza la corrección de Bonferroni en las pruebas post-hoc. Respecto a la distribución de los participantes en los grupos en función de su género, sí se observan diferencias significativas [$\chi^2 = 15.202, d.f. = 5, p < .01$]. En este sentido, cabe destacar el escaso

número de participantes con género femenino que han podido incorporarse al grupo de psicóticos sin alucinaciones. Esta diferencia, no obstante, bien puede corresponderse con características epidemiológicas (Tandon, Keshavan y Nasrallah, 2008) y, por tanto, en vez de ser un problema, reflejar el ajuste de la muestra a las características de la población.

6.3. Pruebas previas de comprobación de resultados.

Previamente al análisis de los resultados se comprobó la homogeneidad de las varianzas error mediante la prueba de Levene.

Así pues, se puede decir que los datos cumplen el supuesto de homocedasticidad para todos los factores del MCQ-30: confianza cognitiva [$F(5, 217) = 1.712, p = .133$], creencias positivas [$F(5, 217) = 1.546, p = .177$], auto-conciencia cognitiva [$F(5, 217) = .442, p = .819$], creencias negativas [$F(5, 217) = .811, p = .543$] y necesidad de controlar los pensamientos [$F(5, 217) = .731, p = .601$]. Igualmente, la puntuación total de los participantes en el MCQ-30 cumple el supuesto de homocedasticidad de la varianza error [$F(5, 217) = .810, p = .544$].

Respecto al LSHS-R, no ocurre lo mismo con las puntuaciones de los participantes. Es decir, no se cumple el supuesto de homocedasticidad de la varianza error [$F(5, 217) = 6.985, p = .000004$].

En cuanto a la TAFS y sus sub-escalas, ni la sub-escala TAF-moral [$F(5, 217) = 2.781, p = .019$] ni la TAF-probabilidad/otros [$F(5, 217) = 3.070, p = .011$] cumplen el supuesto de homocedasticidad de varianza error. La sub-escala restante de la TAF, la relativa a TAF-probabilidad/uno-mismo, sí cumple la hipótesis nula del test de Levene [$F(5, 217) = 1.447, p = .208$], al igual que las puntuaciones totales de los participantes en dicha escala de fusión pensamiento-acción [$F(5, 217) = 1.517, p = .186$].

Por lo que se refiere al MOCI, cabe decir que la puntuación global de los participantes en dicho instrumento respeta el supuesto [$F(5, 217) = .574, p = .720$]. De las distintas sub-escalas de esta prueba, la relativa a rituales de comprobación [$F(5, 217) = .999, p = .419$], la que afecta a temas relativos a lentitud/repetición [$F(5, 217) = 2.188, p = .057$] y la referente a conciencia/duda [$F(5, 217) = .824, p = .534$] respetan el supuesto, mientras que la correspondiente a rituales de limpieza lo incumple [$F(5, 217) = 3.702, p = .003$].

Las puntuaciones de los participantes en la MIS tampoco cumplen el supuesto de igualdad de varianzas [$F(5, 217) = 4.886, p = .0003$].

Finalmente, de las distintas sub-escalas del O-LIFE-R, la relativa a experiencias inusuales [$F(5, 217) = 7.020, p = .000004$] y la que mide anhedonia introvertida [$F(5, 217) = 2.495, p = .032$] incumplen el supuesto de homocedasticidad. Las otras dos sub-escalas, relativas a desorganización cognitiva [$F(5, 217) = 1.379, p = .233$] y disconformidad impulsiva [$F(5, 217) = 1.644, p = .149$] se ajustan a la hipótesis nula del test de Levene, como también lo hace la puntuación total en el O-LIFE-R [$F(5, 217) = .928, p = .463$].

6.4. Análisis de datos.

6.4.1. Comparación de grupos en variables metacognitivas.

Con el fin de averiguar si existía alguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos respecto a las variables metacognitivas, se llevó a cabo un análisis multivariado de varianza (MANOVA), en el que se tomó como factor fijo el grupo de pertenencia del sujeto y, como variables dependientes, las puntuaciones en los distintos factores del MCQ-30 así como la puntuación total en dicho cuestionario.

El coeficiente Lambda de Wilks mostró un efecto global no significativo [$F(25, 792.762) = 1.462, p = .068$]. Además, una serie de análisis simples de varianza (ANOVAs) se llevaron a cabo para comparar las puntuaciones medias en las sub-escalas del MCQ-30 a través de los grupos. Donde se encontró una diferencia significativa ($p < .05$), se utilizó un análisis post-hoc (corrección de Bonferroni) para localizar esa diferencia.

Los resultados encontrados se muestran en la Tabla 9 de la página siguiente y se resumen a continuación.

Como puede verse, sólo se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa que afecta al factor MCQ 5 (necesidad de controlar los pensamientos). Así, el grupo de esquizofrenia con presencia de alucinaciones muestra una mayor necesidad de controlar sus pensamientos que el grupo formado por población no clínica.

Tabla 9. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MCQ-30.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F (df, df) p value	Eta cuadrado
MCQ 1	12.57 (10.93- 14.20)	13.33 (11.51- 15.15)	10.65 (9.00- 12.29)	12.19 (10.53- 13.86)	12.00 (10.44- 13.56)	11.26 (9.72- 12.80)	1.22 (5,217) .300	.027
MCQ 2	11.32 (9.93- 12.72)	10.80 (9.25- 12.35)	10.27 (8.87- 11.67)	10.86 (9.44- 12.28)	9.76 (8.43- 11.08)	9.57 (8.26- 10.88)	.97 (5,217) .435	.022
MCQ 3	15.76 (14.36- 17.15)	14.90 (13.35- 16.45)	15.49 (14.09- 16.88)	14.22 (12.81- 15.63)	14.98 (13.65- 16.30)	14.71 (13.41- 16.02)	.60 (5,217) .698	.014
MCQ 4	14.59 (13.09- 16.09)	13.83 (12.17- 15.50)	15.30 (13.80- 16.79)	13.50 (11.98- 15.02)	14.56 (13.14- 15.98)	13.73 (12.34- 15.14)	.80 (5,217) .548	.018
MCQ 5	15.49a (13.99- 16.98)	13.77 (12.11- 15.42)	13.30 (11.80- 14.79)	14.03 (12.51- 15.54)	13.07 (11.65- 14.49)	11.93a (10.53- 13.33)	2.55 (5,217) .029	.055
MCQ- 30 Total	69.72 (64.21- 75.25)	66.63 (60.50- 72.77)	65.00 (59.48- 70.52)	64.81 (59.21- 70.40)	64.37 (59.12- 69.61)	61.21 (56.04- 66.39)	1.05 (5,217) .389	.024

* Los valores que muestran la misma letra son significativamente diferentes, basado en la corrección de Bonferroni.

Nota: MCQ 1, Confianza cognitiva; MCQ 2, Creencias positivas; MCQ 3, Auto-conciencia cognitiva; MCQ 4, Incontrolabilidad y peligro; MCQ 5, Necesidad de controlar los pensamientos. Respecto a los grupos: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

6.4.2. Comparación de grupos en predisposición a la alucinación.

Con el fin de observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la predisposición a la alucinación, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) en el que el grupo de participantes se tomó como variable independiente y las puntuaciones en LSHS fueron la variable dependiente.

A continuación, en la Tabla 10 de la página siguiente se muestran los resultados de este análisis.

Tabla 10. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el LSHS.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F (df,df) p value	Eta cuad.
LSHS	26.89 a, b, c, d, e (25.22– 28.56)	16.60 a (14.74– 18.45)	18.70 b (17.03– 20.37)	19.69 c (18.01– 21.39)	18.68 d (17.10– 20.27)	17.83 e (16.26– 19.40)	18.25 (5,217) .0000000000000004	.296

* Los valores que muestran la misma letra son significativamente diferentes, basado en el test C de Dunnett.

Nota: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Como cabía esperar, los participantes del grupo 1 (esquizofrenia con presencia de alucinaciones) presenta una tendencia a la alucinación más elevada que el resto de los grupos. No se encuentra ninguna otra diferencia estadísticamente significativa.

6.4.3. Comparación de grupos en fusión de pensamientos y acciones.

Un nuevo análisis multivariado de varianza (MANOVA) se llevó a cabo con el fin de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en los distintos factores de la escala TAF o en la puntuación global en dicha escala. En este MANOVA, el grupo de participantes se tomó como variable independiente y las puntuaciones en los factores de TAFS, junto con la puntuación global en dicho cuestionario, se tomaron como variables dependientes.

El coeficiente Lambda de Wilks mostró un efecto global no significativo [$F(15, 593.922) = 1.197, p = .269$]. Además, una serie de análisis simples de varianza (ANOVAs) se llevaron a cabo para comparar las puntuaciones medias en las sub-escalas de la TAFS a través de los grupos.

Los resultados encontrados se muestran en la Tabla 11 de la página siguiente y se resumen posteriormente.

Tabla 11. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en TAFS.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F (df, df) p value	Eta cuadrado
TAF Moral	21.22 (16.89- 25.54)	15.10 (10.36- 19.97)	19.08 (14.75- 23.41)	17.97 (13.58- 22.36)	14.76 (10.64- 18.87)	14.40 (10.34- 18.47)	1.63 (5,217) .154	.036
TAF Probab- Otros	2.49 (1.45- 3.53)	1.53 (.38- 2.69)	1.94 (.91- 2.99)	1.67 (.61- 2.72)	.805 (-.18- 1.79)	1.02 (.05- 2.00)	1.42 (5,217) .218	.032
TAF Probab- Mismo	2.46 (1.50- 3.42)	1.83 (.77- 2.90)	2.43 (1.47- 3.39)	1.83 (.86- 2.81)	2.41 (1.50- 3.33)	1.81 (.91- 2.71)	.47 (5,217) .796	.011
TAF Total	26.16 (21.29- 31.03)	18.46 (13.13- 23.94)	23.46 (18.59- 28.33)	21.47 (16.54- 26.41)	17.98 (13.35- 22.60)	17.23 (12.67- 21.81)	2.10 (5,217) .067	.046

Nota: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Como puede apreciarse, no se ha encontrado ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos por lo que se refiere a las puntuaciones en TAFS o en sus factores.

6.4.4. Comparación de grupos en rituales obsesivo-compulsivos.

Por lo que respecta a las diferencias entre los grupos en rituales obsesivo-compulsivos, se llevó a cabo un MANOVA en el que el grupo de los participantes fue tomado como variable independiente y la puntuación en los diferentes factores del MOCI, así como la puntuación global en el mismo, se tomó como variables dependientes.

El coeficiente Lambda de Wilks mostró un efecto global significativo [F (25, 792.762) = 2.25, p = 0.0005]. Además, una serie de análisis simples de varianza (ANOVAs) se llevaron a cabo para comparar las puntuaciones medias en las sub-escalas del MOCI a través de los grupos. Donde se encontró una diferencia significativa (p <

.05), se utilizó un análisis post-hoc (corrección de Bonferroni o C de Dunnett) para localizar esa diferencia.

Los resultados encontrados se muestran en la Tabla 12 y se resumen posteriormente.

Tabla 12. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MOCI.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F(df, df) p value	Eta cuadrado
Comprobación	3.89 a (3.20- 4.58)	2.93 (2.17- 3.70)	4.11 b, c (3.42- 4.80)	3.83 d (3.13- 4.53)	2.58 b (1.93- 3.24)	2.12 a, c, d (1.46- 2.77)	5.58 (5,217) .00007	.114
Limpieza	3.19 (2.45- 3.92)	3.17 (2.34- 4.00)	3.32 (2.58- 4.07)	3.53 (2.78- 4.27)	3.51 (2.81- 4.21)	3.83 (3.13- 4.53)	.454 (5,217) .810	.010
Lentitud/ Repetición	2.11 (1.71- 2.61)	2.50 (.97- 1.97)	2.65 (1.98- 2.88)	2.55 (1.82- 2.73)	2.95 (1.45- 2.30)	2.88 (2.49- 3.27)	2.20 (5,217) .056	.062
Conciencia/ duda	4.03 a (3.45- 4.60)	3.07 (2.43- 3.70)	3.97 b (3.40- 4.55)	4.03 c (3.45- 4.61)	3.00 (2.46- 3.54)	2.69 a, b, c (2.15- 3.23)	4.518 (5,217) .001	.094
MOCI Total	11.78 (10.15- 13.41)	9.77 (7.93- 11.60)	12.35 (10.72- 13.98)	12.17 (10.51- 13.82)	10.17 (8.62- 11.72)	9.26 (9.52- 12.58)	2.60 (5,217) .026	.056

* Los valores que muestran la misma letra son significativamente diferentes, basado en el test C de Dunnett (en Limpieza) o en la corrección de Bonferroni (en Comprobación, Lentitud/repetición, Conciencia/duda y MOCI total).

Nota: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Como puede verse, sólo se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en lo que se refiere a los rituales de comprobación y a la conciencia/duda. En ambos factores, el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones, el grupo diagnosticado de TOC y el grupo de pacientes diagnosticados con SPD puntúan significativamente más que el grupo de

control no clínico. Igualmente, el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones muestra una mayor puntuación que el grupo de control clínico en el ritual de comprobación.

6.4.5. Comparación de grupos en pensamiento mágico.

Con el fin de observar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto al pensamiento mágico, se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) en el que el grupo de participantes se tomó como variable independiente y las puntuaciones en MIS fueron la variable dependiente.

A continuación, en la Tabla 13 se muestran los resultados de este análisis.

Tabla 13. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el MIS.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F (df,df) p value	Eta cuad.
MIS	11.48	5.30 a	5.95 b	8.86	6.61c	6.50d	7.02 (5,217)	.139
	a, b, c, d (9.77- 13.20)	(3.99- 7.20)	(4.34- 7.77)	(7.12- 10.60)	(4.98- 8.24)	(6.46- 9.68)	.000004	

* Los valores que muestran la misma letra son significativamente diferentes, basado en el test C de Dunnett.

Nota: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Como puede apreciarse con claridad, el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de alucinaciones puntúa significativamente más en ideación mágica que el resto de grupos que han tomado parte en la investigación, a excepción del grupo de pacientes con diagnóstico de SPD.

6.4.6. Comparación de grupos en características esquizotípicas.

Por lo que respecta a las diferencias entre los grupos en esquizotipia, se llevó a cabo un MANOVA en el que el grupo de participantes se tomó como factor fijo y las

puntuaciones en los distintos factores del O-LIFE-R, así como la puntuación total en dicho cuestionario, fueron tomados como variables dependientes.

El coeficiente Lambda de Wilks mostró un efecto global significativo [$F(20, 710.708) = 5.273, p = .000000000001$]. Además, una serie de análisis de varianza (ANOVAs) fueron realizados con el fin de comparar las puntuaciones medias en los factores del O-LIFE-R a través de los grupos. Donde se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$), se utilizó un análisis post-hoc (corrección de Bonferroni o C de Dunnett) para localizar esa diferencia.

Los resultados se muestran en la Tabla 14 de la página siguiente y se resumen a continuación.

Por lo que se refiere al factor Experiencias inusuales del O-LIFE-R existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones y el resto de grupos que han formado parte en la investigación, a excepción del grupo de pacientes diagnosticados de SPD.

Por otra parte, la Desorganización cognitiva de los pacientes diagnosticados de TOC y los pacientes diagnosticados de SPD es significativamente mayor que la que presentan los integrantes del grupo de control no clínico.

También se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación al factor Anhedonia introvertida. Así, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con presencia de alucinaciones muestran una anhedonia significativamente menor que los participantes del grupo de pacientes diagnosticados de SPD, pero significativamente mayor que el registrado por el grupo de control no clínico. Los del grupo de trastorno psicótico sin alucinaciones presentan una anhedonia introvertida significativamente mayor que los participantes del grupo de control no clínico. Por su parte, los pacientes diagnosticados de TOC puntúan menos en este factor del O-LIFE-R que los participantes con un diagnóstico de SPD. Precisamente este grupo, el de pacientes diagnosticados de SPD, es el que muestra una mayor puntuación en Anhedonia introvertida, diferenciándose de forma significativa tanto de los grupos ya mencionados anteriormente (esquizofrenia con presencia de alucinaciones y TOC) como de los grupos de control clínico y no clínico.

En relación con el factor de Disconformidad impulsiva, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Por último, por lo que se refiere a la puntuación total del O-LIFE-R, el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones puntúa significativamente más que el grupo de control no clínico. Además, el grupo de pacientes diagnosticados de SPD muestra un nivel significativamente mayor que el grupo de trastorno psicótico sin alucinaciones y que los grupos de control clínico y no clínico.

Tabla 14. Puntuaciones medias e intervalos de confianza al 95% en el O-LIFE-R.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	F (df, df) p value	Eta Cuadrado
Exp. Inusuales	4.70 a, b, c, d (3.94- 5.47)	1.77 a (.92- 2.61)	2.57 b (1.80- 3.33)	3.61 (2.84- 4.39)	2.10 c (1.37- 2.82)	1.98 d (1.26- 2.70)	8.64 (5, 217) .0000001	.166
Desorg. Cognitiva	6.51 (5.57- 7.45)	6.23 (5.19- 7.27)	7.30 a (6.36- 8.24)	7.97 b (7.02- 8.92)	6.12 (5.23- 7.01)	4.76 a, b (3.88- 5.64)	5.64 (5, 217) .00006	.115
Anh. Introvertida	3.92 a, b (3.10- 4.74)	4.43 c (3.52- 5.34)	3.78 d (2.96- 4.60)	5.72 a, d, e, f (4.89- 6.55)	3.29 e (2.51- 4.07)	2.29 b, c, f (1.52- 3.06)	7.87 (5, 217) .0000007	.154
Disconf. Impulsiva	2.75 (2.08- 3.43)	2.33 (1.59- 3.08)	3.16 (2.49- 3.83)	3.56 (2.87- 4.23)	2.56 (1.93- 3.19)	3.26 (2.63- 3.89)	1.76 (5, 217) .121	.039
O-LIFE-R Total	17.89 a (15.67- 20.12)	14.77b (12.29- 17.24)	16.81 (14.59- 19.04)	20.86 b, c, d (18.60- 23.12)	14.07 c (11.96- 16.19)	12.29 a, d (10.20- 14.38)	7.56 (5, 217) .000001	.148

* Los valores que muestran la misma letra son significativamente diferentes, basado en el test C de Dunnett (en Exp. Inusuales) y la corrección de Bonferroni (en Desorg. Cognitiva, Disconf. Impulsiva y O-LIFE-R Total).

Nota: Exp. Inusuales, Experiencias inusuales; Desorg. Cognitiva, Desorganización cognitiva; Anh. Introvertida, Anhedonia introvertida; Disconf. Impulsiva, Disconformidad impulsiva. Respecto a los grupos: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

6.4.7. Predicción de las puntuaciones en la escala de predisposición a las alucinaciones.

Igualmente, sería oportuno identificar los factores que pueden llegar a predecir la predisposición a las alucinaciones medida por la LSHS para cada uno de los grupos que tomaron parte en el estudio.

Con este fin, se llevaron a cabo seis análisis lineales de regresión múltiple (uno para cada grupo) en el que se introdujo, como variable dependiente, la puntuación de los participantes en la LSHS y, como variables predictoras, la puntuación en los distintos factores del MCQ-30, TAF, MOCI y O-LIFE-R, así como la puntuación en el MIS.

Se obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas en los seis análisis llevados a cabo. Así, el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones [$F(2, 34) = 14.779, p = .00002; R^2 \text{ corregida} = .434$]; el de trastorno psicótico sin alucinaciones [$F(3, 26) = 6.864, p = .001; R^2 \text{ corregida} = .378$]; el grupo de pacientes TOC [$F(2, 34) = 33.725, p = .000000008; R^2 \text{ corregida} = .645$]; el grupo diagnosticado de SPD [$F(2, 33) = 32.710, p = .00000001; R^2 \text{ corregida} = .644$]; el grupo de control clínico [$F(1, 39) = 57.588, p = .000000003; R^2 \text{ corregida} = .586$]; y el grupo de control no clínico [$F(2, 39) = 56.213, p = .00000000003; R^2 \text{ corregida} = .729$].

La Tabla 15 de la página siguiente muestra los resultados obtenidos en este análisis.

Tabla 15. Análisis de regresión múltiple para cada grupo (LSHS).

	Escalas	Correlación			
		parcial	β	T	p
Grupo 1 (Esquizofrenia)	MCQ-30 Incont. y peligro	.445	.422	2.900	.006
	TAF Probab. Uno-mismo	.392	.362	2.486	.018
Grupo 2 (Trast. Psicótico)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.512	.456	3.043	.005
	MCQ-30 Creen. Positivas	.506	.505	2.991	.006
	MCQ-30 Nec. controlar	-.382	-.356	-2.108	.045
Grupo 3 (TOC)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.768	.724	6.988	.000
	MOCI Conc. / Duda	.346	.223	2.149	.039
Grupo 4 (SPD)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.713	.645	5.841	.000
	MCQ-30 Creen. Positivas	.429	.301	2.729	.010
Grupo 5 (Control clínico)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.772	.772	7.589	.000
Grupo 6 (No-clínico)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.716	.757	8.809	.000
	MCQ-30 Creen. Positivas	.219	.232	2.698	.010

Método de pasos sucesivos

Nota: MCQ-30, Metacognitions Questionnaire-30; TAFS, Thought-Action Fusion Scale; MOCI, Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory; O-LIFE-R, Inventario Reducido Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias. Respecto a los grupos: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Así mismo, y dado que la LSHS mide una predisposición a las alucinaciones que podría darse en mayor o menor medida en participantes con cualquier diagnóstico, puede resultar de interés realizar un análisis de regresión adicional sobre el total de la muestra, sin reparar en el grupo al que pertenecen los participantes. Así, se ha hecho un análisis lineal de regresión múltiple en el cuál se ha introducido como variable dependiente las puntuaciones de los participantes en el LSHS, y como variable predictora las puntuaciones en los distintos factores del MCQ-30, TAF, MOCI y O-LIFE-R, así como la puntuación en el MIS. La ecuación de regresión mostró una puntuación estadísticamente significativa [$F(3, 219) = 96.366, p < .000000001, R^2$ corregida = .563].

La Tabla 16 de la página siguiente muestra los resultados obtenidos en este análisis y se resumen posteriormente.

Tabla 16. Análisis de regresión múltiple para la muestra como un todo (LSHS).

Escala	Correlación			
	Parcial	β	T	P
O-LIFE-R Exp. Inusuales	.493	.556	8.378	.000000000000006
MCQ-30 Nec. de control	.224	.168	3.401	.001
MIS Total	.154	.145	2.299	.022

Método de pasos sucesivos.

Como se aprecia, las variables que entran en la ecuación de regresión son, en primer lugar, el factor de experiencias inusuales del O-LIFE-R; a continuación, el relativo a la necesidad de controlar los pensamientos del MCQ-30 y, por último, la ideación mágica medida por el MIS. Las tres variables guardan una relación directa con la predisposición a las alucinaciones.

6.4.8. Predicción de las puntuaciones en la escala MOCI.

También sería oportuno identificar los factores que pueden llegar a predecir las características obsesivo-compulsivas medidas por el MOCI para cada uno de los grupos que tomaron parte en el estudio.

Con este fin, se llevaron a cabo seis análisis lineales de regresión múltiple (uno para cada grupo) en el que se introdujo, como variable dependiente, la puntuación de los participantes en la escala MOCI y, como variables predictoras, la puntuación en los distintos factores del MCQ-30, TAF y O-LIFE-R, así como la puntuación en el MIS y la LSHS.

La Tabla 17 de la página siguiente muestra los resultados obtenidos en este análisis y se resumen posteriormente.

Tabla 17. Análisis de regresión múltiple para cada grupo (MOCI).

	Escala	Correlación			
		parcial	β	t	P
Grupo 1 (Esquizofrenia)	MIS Total	.396	.431	2.512	.017
	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.366	.394	2.296	.028
Grupo 2 (Trast. Psicótico)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.692	.624	4.883	.000
	TAF Prob. Otros	.448	.448	2.558	.017
	MCQ-30 Conf. Cognitiva	.405	.405	2.261	.032
Grupo 3 (TOC)	MIS Total	.636	.594	4.805	.000
	MCQ-30 Conf. Cognitiva	.447	.360	2.916	.006
Grupo 4 (SPD)	O-LIFE-R Exp. Inusuales	.692	.953	5.511	.000
	O-LIFE-R Dis. Impulsiva	-.478	-.540	-3.126	.004
Grupo 5 (Control clínico)	MIS Total	.553	.511	4.092	.000
	O-LIFE-R Anh. Introverso	.403	.339	2.711	.010
Grupo 6 (No-clínico)	MIS Total	.541	.484	4.016	.000
	MCQ-30 Creen. Negativas	.447	.376	3.119	.003

Método de pasos sucesivos.

Nota: MCQ-30, Metacognitions Questionnaire-30; TAFS, Thought-Action Fusion Scale; MIS, Magical Ideation Scale; O-LIFE-R, Inventario Reducido Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias. Respecto a los grupos: Grupo 1, esquizofrenia con presencia de alucinaciones; Grupo 2, trastorno psicótico sin alucinaciones; Grupo 3, TOC; Grupo 4, SPD; Grupo 5, control clínico; Grupo 6, no-clínico.

Se obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas en los seis análisis llevados a cabo. Así, el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones [$F(2, 34) = 25.936, p = .0000001; R^2$ corregida = .581]; el de trastorno psicótico sin alucinaciones [$F(3, 26) = 11.798, p = .00004; R^2$ corregida = .528]; el grupo de pacientes TOC [$F(2, 34) = 15.743, p = .00001; R^2$ corregida = .450]; el grupo diagnosticado de SPD [$F(2, 33) = 15.641, p = .00001; R^2$ corregida = .456]; el grupo de control clínico [$F(2, 38) = 13.483, p = .00003; R^2$ corregida = .384]; y el grupo de control no clínico [$F(2, 39) = 20.515, p = .0000008; R^2$ corregida = .488].

Igualmente, y dado que el MOCI mide las características obsesivo-compulsivas que podrían encontrarse en mayor o menor medida en participantes con cualquier diagnóstico, puede resultar de interés realizar un análisis de regresión adicional sobre el total de la muestra, sin reparar en el grupo al que pertenecen los participantes. Así, se ha

hecho un análisis lineal de regresión múltiple en el cuál se ha introducido como variable dependiente las puntuaciones de los participantes en el MOCI, y como variable predictora las puntuaciones en los distintos factores del MCQ-30, TAF, y O-LIFE-R, así como la puntuación en el MIS y en el LSHS. La ecuación de regresión mostró una puntuación estadísticamente significativa [$F(3, 219) = 59.299, p < .000000001, R^2$ corregida = .441].

La Tabla 18 muestra los resultados encontrados en este análisis.

Tabla 18. Análisis de regresión múltiple para la muestra como un todo (MOCI).

Escalas	Correlación			
	Parcial	β	T	p
MIS Total	.513	.468	8.852	.000
O-LIFE-R Desorg. Cognitiva	.254	.215	3.879	.000
MCQ-30 Creen. Negativas	.242	.209	3.693	.000

Método de pasos sucesivos.

Como puede apreciarse en la Tabla 18, las variables que entran en la ecuación de regresión son, en primer lugar, la ideación mágica medida por el MIS; a continuación, el factor relativo a desorganización cognitiva del O-LIFE-R; y, por último, el factor creencias negativas del MCQ-30.

7. DISCUSIÓN.

La presente Tesis Doctoral partía de la hipótesis de que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas, de TOC y aquellos diagnosticados de SPD se caracterizarían por presentar un mayor grado de pensamiento mágico, de TAF y de esquizotipia que el resto de grupos que han participado en la investigación. Al mismo tiempo, se entendía que los mismos constructos (pensamiento mágico, TAF y esquizotipia) podrían predecir la predisposición a las alucinaciones y las características obsesivo-compulsivas entendidas como variables continuas presentes en mayor o menor medida en todos los participantes. Estas hipótesis se han visto parcialmente confirmadas como puede observarse a continuación.

Así, por lo que se refiere al pensamiento mágico, se ha encontrado que el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas puntúa significativamente más que el resto de los grupos, a excepción del grupo de pacientes diagnosticados de SPD. Además, en el análisis de regresión lineal para predecir la predisposición a las alucinaciones de los participantes tomados como un todo el pensamiento mágico se incorpora como una de las variables a tener presente. Respecto a la predicción de las características obsesivo-compulsivas, el análisis de regresión lineal para el grupo de participantes tomados como un todo, el grupo de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, el grupo de TOC y los grupos de “control clínico” y no clínico muestra también el pensamiento mágico como una variable a considerar.

Respecto a la TAF, las pruebas post-hoc no han detectado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque cabría destacar el hecho de que se llega a rozar la significación estadística para la puntuación total de los participantes en dicha escala. En este sentido, los datos descriptivos muestran puntuaciones más elevadas para el grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones y el grupo de TOC, según lo que predecían las hipótesis de partida. Además, al efectuar el análisis de regresión lineal para predecir la predisposición a las alucinaciones del grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas, la escala de TAF Probabilidad-Uno-mismo se incorpora como una de las variables a tener presente. Igualmente, en el análisis de regresión lineal para predecir las características obsesivo-compulsivas del grupo diagnosticado de trastorno psicótico la escala de TAF Probabilidad-Otros se incorpora como una variable a tener en cuenta.

Con relación a la esquizotipia habría que destacar cómo, según lo que cabría esperar, los niveles más altos para la puntuación total en el O-LIFE-R corresponden al grupo de pacientes diagnosticados de SPD, que se diferencian de forma significativa

tanto del grupo diagnosticado de trastorno psicótico sin alucinaciones auditivas como del grupo de “control clínico” y no clínico. Sin embargo, el grupo de SPD no se diferencia significativamente del grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con presencia de alucinaciones auditivas ni del grupo de pacientes diagnosticados de TOC.

En resumen, puede decirse que los datos vienen a avalar de forma general el papel de la superstición en las alucinaciones auditivas y en el TOC, según lo señalado en su día por García-Montes et al. (2006).

El pensamiento mágico en las alucinaciones auditivas.

Respecto a las alucinaciones auditivas, el presente trabajo muestra que el pensamiento mágico se destaca como algo característico exclusivamente de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas. Además, el pensamiento mágico diferencia más a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia con alucinaciones auditivas de otros grupos de población clínica y no clínica que la fusión que pueda existir entre sus pensamientos y sus acciones. De la misma manera, el único factor de la esquizotipia que parece guardar una relación estrecha con la presencia de alucinaciones auditivas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia es el relativo a experiencias inusuales, lo cual seguramente se deba a que, como han indicado Mason et al. (1995), parte de los ítems de este factor del O-LIFE han sido extraídos de Launay-Slade Hallucinatory Scale (LSHS; Launay y Slade, 1981) y de Magical Ideation Scale (MIS; Eckblad y Chapman, 1983). Este mismo fenómeno de “contaminación de ítems” podría explicar igualmente cómo para casi todos los análisis de regresión lineal que se han efectuado sobre la predisposición a las alucinaciones, tanto sobre la globalidad de la muestra como sobre los distintos grupos, la variable que primero se incorpora a la ecuación es precisamente dicho factor del O-LIFE. Parece, pues, que el pensamiento mágico es un factor con entidad propia, independientemente de sus relaciones con la TAF y con la esquizotipia, que se halla estrechamente relacionado con la presencia de alucinaciones auditivas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Algún comentario merece, igualmente, el factor necesidad de controlar los pensamientos del MCQ-30. Dicha sub-escala diferencia al grupo de pacientes con alucinaciones del grupo de control no clínico y, además, se incorpora en segundo lugar a la ecuación de regresión que predice la predisposición a las alucinaciones del total de la muestra que ha participado en la investigación. Este resultado es coherente con modelos de las alucinaciones auditivas como el de Morrison et al. (1995) que sitúan el origen de las mismas en la aparición de ciertos pensamientos intrusivos que generan para la persona un alto grado de disonancia cognitiva. Así, parece claro que si una persona

presenta intrusiones y, a la vez, entiende que debe controlar los pensamientos, la disonancia cognitiva será mucho mayor y, por tanto, podría intentar reducirla atribuyendo sus pensamientos a una fuente externa, con lo que éstos serían percibidos como voces. Por otra parte, la creencia de que el control de los pensamientos es crucial para una vida satisfactoria podría ser vista como otra forma de pensamiento mágico que caracterizaría a las sociedades occidentales (García-Montes et al., 2008). En consonancia con esta creencia, como se ha comentado anteriormente, la evitación experiencial destructiva cabría situarla aquí, una forma de regulación persistente en la que la persona trata de controlar de manera inflexible los eventos privados aversivos (Luciano y Valdivia, 2006), sin ser sensible a otras contingencias relacionadas con acciones personalmente valiosas.

En cualquier caso, vista la importancia que parece tener el pensamiento mágico como factor específico en las alucinaciones auditivas de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y el control de sus pensamientos, sería oportuno preguntarse a través de qué procesos psicológicos podrían estar dándose estas relaciones. Aunque en virtud de los datos obtenidos no es posible descartar o afirmar ningún mecanismo en concreto, cabría suponer que las conductas de neutralización (una forma de EA) podrían estar mediando la relación entre pensamiento mágico y alucinaciones auditivas. Las conductas de neutralización son esfuerzos cognitivos o conductas voluntarias que se dirigen a eliminar, prevenir o atenuar pensamientos intrusivos o su malestar asociado (Freeston y Ladouceur, 1997). Bocci y Gordon (2007) han hallado que el pensamiento mágico se relaciona con el uso de conductas de neutralización en respuesta a pensamientos intrusivos. A su vez, dichas conductas de neutralización o supresión de pensamientos intrusivos se han relacionado con una mayor predisposición a presentar experiencias alucinatorias (García-Montes, Pérez-Álvarez y Fidalgo, 2004; Jones y Fernyhough, 2006, 2009). Sin llegar a descartar otras posibles explicaciones, se podría sugerir que, al menos determinado tipo de alucinaciones auditivas, constituyen formas de conductas de neutralización de pensamientos intrusivos que se darían con mayor probabilidad en aquellas personas que creen en explicaciones causales de tipo mágico.

El pensamiento mágico en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Con relación al trastorno obsesivo-compulsivo, es importante recordar que García-Montes et al. (2006) encontraron que los pacientes con TOC puntuaban de forma estadísticamente significativa respecto a los grupos de control (clínico y no clínico) de la investigación en la variable superstición, pero no respecto al grupo diagnosticado de esquizofrenia con alucinaciones auditivas. Sin embargo, el presente trabajo no muestra que el TOC puntúe de manera significativa respecto al resto de grupos que participan en la investigación. Ahora bien, cuando se realiza la predicción de las características

obsesivo-compulsivas, el análisis de regresión lineal para el grupo de participantes tomados como un todo, el grupo de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, el grupo de TOC y los grupos de “control clínico” y no clínico muestra el pensamiento mágico como la primera variable a considerar. Por otro lado, al igual que sucede en el grupo de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, la fusión que existe en el grupo de TOC entre los pensamientos y las acciones tampoco parece destacar de forma significativa respecto al resto de los grupos. Igualmente, en lo que concierne a la esquizotipia, el factor de experiencias inusuales se muestra como variable a considerar en la predicción de las características obsesivo-compulsivas del grupo de esquizofrenia con alucinaciones auditivas, el grupo de trastorno psicótico sin presencia de alucinaciones auditivas y el grupo de SPD; no obstante, a la hora de tener en cuenta la importancia de esta última variable cabe de nuevo aludir al fenómeno de “contaminación de ítems” que se ha mencionado previamente. Además, si nos atenemos a la globalidad de la muestra para predecir las características obsesivo-compulsivas el análisis de regresión lineal muestra el factor desorganización cognitiva del O-LIFE-R como la segunda variable a considerar.

En cuanto al MCQ-30, en el caso concreto del grupo diagnosticado de TOC, el factor confianza cognitiva emerge como la segunda variable a sopesar de cara a la predicción de las características obsesivo-compulsivas. Igualmente, el factor “creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos” aparece en tercer lugar en la ecuación de regresión lineal de las características obsesivo-compulsivas de la muestra en su globalidad. La aparición de estos dos factores metacognitivos es concordante con el modelo S-REF (Wells y Mathews, 1994) en su propuesta de explicación del TOC. Así, como se recordará, la etiología de este trastorno, según dicho modelo, estaría relacionada con la interpretación inadecuada de los pensamientos intrusivos debido a la existencia de diversas creencias metacognitivas. De hecho, varios estudios señalan una correlación positiva entre las características obsesivo-compulsivas y las metacogniciones relativas a las creencias negativas sobre incontrolabilidad y peligro de los pensamientos (Cartwright-Hatton y Wells, 1997; Sica et al, 2007; Wells y Papageorgiou, 1998), la autoconciencia cognitiva (Janeck et al., 2003), las creencias negativas acerca de la superstición (Cartwright-Hatton y Wells, 1997) y la confianza cognitiva (Hermans et al., 2008). En resumen, los pacientes diagnosticados de TOC parecen mostrar una gran variedad de creencias metacognitivas disfuncionales y, en concreto, este estudio apoya la relevancia de las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos así como de la confianza cognitiva.

Reconstrucción del pensamiento mágico desde una postura contextual.

Si se compara una sintomatología típica de la esquizofrenia como son las alucinaciones auditivas con la sintomatología obsesivo-compulsiva cabe señalar ciertas similitudes en cuanto a la funcionalidad de ambas. En ambos casos parecen existir, según los modelos propuestos, pensamientos intrusivos ante los que la persona bien realiza la atribución de los mismos a una voz externa (alucinaciones), bien lleva a cabo diversos rituales o compulsiones. Estas acciones se han conceptualizado como neutralizaciones. Y bien, cabría preguntarse por qué estas personas se comprometen en el desarrollo de esas neutralizaciones. Probablemente, no exista una única respuesta, sin embargo, cabría considerar, al menos, dos variables que dan lugar al desarrollo de las mismas. Por un lado, la experimentación como algo aversivo de esos pensamientos intrusivos. Y, por otro lado, la existencia de una serie de creencias meta-cognitivas que bien podrían estar en la base de dichas acciones: las creencias negativas acerca de la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos, y aquéllas relativas a la necesidad de control de los mismos. Así pues, tanto esa experimentación aversiva de los pensamientos intrusivos como estas creencias señaladas en las que se encuentra la persona podrían justificar las conductas de neutralización o supresión.

Ahora bien, cómo es posible que se mantengan dichas neutralizaciones cuando derivan directamente en la sintomatología mencionada. Inicialmente, está claro que esas neutralizaciones disminuyen a corto plazo esa experimentación aversiva de los pensamientos intrusivos, lo cual conlleva un claro reforzamiento negativo de dichas acciones y, a su vez, supone un reforzamiento positivo de las mismas por actuar en consonancia con las creencias metacognitivas previamente señaladas. No obstante, a largo plazo se ha constatado que estas neutralizaciones producen un incremento de los pensamientos intrusivos (efecto rebote), así como de la experimentación aversiva que conllevan. En resumen, podría decirse que se forja una sintomatología con acciones cuya finalidad, en principio, sería meramente adaptativa. El problema, por tanto, radica en la asunción supersticiosa (pensamiento mágico) como norma vital de que los pensamientos intrusivos son peligrosos y deben controlarse de cara a lograr una vida satisfactoria. Esta descripción realizada es coherente con una regulación ineficaz denominada evitación experiencial destructiva (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001; Törneke et al., 2008).

Además, cabría preguntarse por qué unas personas neutralizan los pensamientos intrusivos mediante rituales o compulsiones mientras que otras lo hacen a través de la atribución de los mismos a una voz externa. Quizá la razón fundamental estaría en la abstracción defectuosa del yo que posibilitaría la atribución externa de los propios pensamientos, en la línea de autores como Kohlenberg y Tsai (1991) o Hayes (1984).

Esta hipótesis está en consonancia con otras conceptualizaciones procedentes de otros autores clásicos como Laing (1960), así como de la más reciente conceptualización de la fenomenología de la esquizofrenia (Pérez- Álvarez, García-Montes y Sass, 2010). De todos modos, aun dada su importancia, este aspecto queda fuera del alcance de esta Tesis.

Implicaciones clínicas del estudio.

Aunque las implicaciones de los hallazgos presentados y discutidos aquí para el desarrollo de intervenciones psicológicas deberían ser tomadas con cautela, se podrían aventurar algunas recomendaciones.

Así, sería razonable proponer tratamientos que permitiesen a los pacientes con alucinaciones auditivas reducir la importancia del poder y peligro que los pensamientos y las voces puedan tener (Pérez-Álvarez, García-Montes y Perona-Garcelán, 2008), lo que en sí mismo ya sería una forma de intervenir sobre el pensamiento mágico.

Igualmente, sería beneficiosa cualquier intervención que orientara a la persona en el manejo eficaz de asuntos prácticos y personalmente valiosos. El control sobre situaciones relevantes a través de la manipulación de variables que, de hecho, influyen sobre una determinada situación podría ser una forma de reorientar a la persona hacia un pensamiento práctico-efectivo, desligado de relaciones causales irreales. Desde este punto de vista, terapias que pueden ser útiles vienen representadas por las nuevas terapias contextuales que promueven la aceptación de eventos privados, a la par que resaltan la importancia de la acción dirigida a metas valiosas para la persona, distintas al hecho de controlar los síntomas (Bach y Hayes, 2002; Hayes et al. 1999; Wilson y Luciano, 2002).

Limitaciones del estudio y futuras investigaciones.

Finalmente, se deben mencionar una serie de problemas o limitaciones presentados en este estudio que hacen difícil establecer conclusiones definitivas.

En primer lugar, la naturaleza cross-sectional del estudio nos impide establecer relaciones causales. En relación con esto, es importante señalar que los grupos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se encontraban bajo tratamiento con neurolépticos, mientras que el resto de los grupos no recibían dicho tratamiento. En la actualidad, el impacto de este tipo de medicación en las variables estudiadas es desconocido.

En segundo lugar, la asignación de los participantes a los grupos se realizó con base en su historial clínico y en la entrevista llevada a cabo por el psicólogo que habitualmente atendía a esos participantes. Aunque las entrevistas se realizaron con extrema minuciosidad y cuidado, no se puede descartar que algunos pacientes que experimentasen alucinaciones auditivas no informaran sobre ellas, o viceversa. Además, la selección del grupo de participantes no clínico se hizo por medio de una entrevista en la que las personas manifestaban no estar en tratamiento de psicoterapia. Realmente, los investigadores no podían corroborar si toda esta información era cierta.

En tercer lugar, es importante señalar que en ocasiones se han encontrado dificultades a la hora de evaluar de forma fiable el pensamiento mágico en población occidental. Así, p. ej., Subbotsky y Quinteros (2002) han encontrado que, cuando se pregunta a las personas de culturas dominadas por la racionalidad científica sobre sus creencias y prácticas supersticiosas rechazan la existencia de las mismas. Sin embargo, en determinadas condiciones en las que estas personas se encuentran personal y emocionalmente envueltas, pueden realizar ciertas prácticas (supersticiosas) que son vistas como prácticas “dejadas atrás” por la cultura a la que pertenecen dichas personas. Futuras investigaciones podrían, pues, centrarse en otras formas de evaluar el pensamiento mágico y superar así las limitaciones que evidentemente tienen los cuestionarios de lápiz y papel.

Igualmente, podría ser conveniente investigar si se obtienen resultados similares con otros procedimientos distintos de medir la predisposición a las alucinaciones o con otros grupos de población clínica.

También, podría resultar de interés investigar hasta qué punto el factor de experiencias inusuales del O-LIFE es el responsable de las relaciones que se establecen entre la esquizotipia y el pensamiento mágico o entre ésta y el padecimiento de síntomas psicóticos positivos.

Así mismo, un paso adelante en esta investigación podría ser evaluar la evitación experiencial en las alucinaciones auditivas y en el TOC. Como se ha indicado previamente, la evitación experiencial interactuaría con el pensamiento mágico en la medida en la que éste representa relaciones causales irreales relacionadas con los eventos privados (con el peligro de los mismos o con la necesidad de controlarlos) llegándose a desarrollar la regulación ineficaz que caracterizaría la evitación experiencial destructiva.

Por último, otro aspecto a estudiar en futuras investigaciones podría ser determinar el nivel de abstracción del yo de los diferentes participantes, con el objetivo de observar su relación con la predisposición a las alucinaciones.

En cualquier caso, se necesitan investigar posibles implicaciones de este estudio; en concreto, realizar estudios evolutivos, considerando la historia personal relacionada con el desarrollo del pensamiento mágico dada su relevancia en la psicopatología.

8. CONCLUSIONES.

Las conclusiones que cabe extraer de los resultados obtenidos en la presente investigación y de la discusión entablada sobre los mismos, así como sobre sus implicaciones clínicas, pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ✓ La superstición, concretamente el pensamiento mágico, parece jugar un papel relevante en la psicopatología; al menos, en las alucinaciones auditivas y en el TOC.
- ✓ Las metacogniciones, fundamentalmente aquellas relativas a creencias negativas acerca de la incontrolabilidad y peligro de los pensamientos, necesidad de controlar los pensamientos, y desconfianza cognitiva, parecen igualmente desempeñar un papel relevante en las alucinaciones y en el TOC.
- ✓ A pesar de las diferencias formales existentes entre las sintomatologías objeto de estudio, ambas pueden ser entendidas como casos o ejemplos de una misma clase funcional.
- ✓ La función que esta clase funcional cumpliría sería la de neutralizar la experimentación aversiva de los pensamientos intrusivos, en la línea del trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001).
- ✓ Una línea de intervención que, a la luz de lo observado en el estudio, podría resultar útil para el tratamiento tanto de alucinaciones auditivas como del TOC sería la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999; Pérez-Álvarez, García-Montes, Vallina-Fernández, Perona-Garcelán y Cuevas-Yust, 2010; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez y García-Montes, 2008). Con esta intervención se trataría de producir un distanciamiento de la persona respecto a aquellos eventos privados que son evitados de forma activa y de orientar a la misma hacia acciones personalmente valiosas.

9. REFERENCIAS.

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., Lynam, D. y Kalsy, S. A. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1069-1079.
- Allen, J. G. y Coyne, L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*, 615-622.
- Álvarez-López, E. (2005). *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos: correlatos cognitivos en la esquizotipia psicométrica*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Barcelona.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. y Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 765-776.
- Ávila, A. (1986). Una contribución a la evaluación de las obsesiones y compulsiones: revisión del Inventario de Obsesión de Leyton (LOI) y del Cuestionario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MOCQ). *Psiquis*, *7*, 93-99.
- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 1129-1139.
- Baethge, C., Baldessarini, R. J., Freudenthal, K., Strewitz, A., Bauer, M., Bschor, T. (2005). Hallucinations in bipolar disorder: Characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorders*, *7*, 136-145.
- Bak, M., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Vollebergh, W., de Graaf, R. y van Os, J. (2005). Do different psychotic experiences differently predict need for care in the general population? *Comprehensive Psychiatry*, *46*, 192-199.
- Baker, C. A. y Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional bias and metacognition. *Psychological Medicine*, *28*, 1199-1208.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bedwell, J. S. y Donnelly, R. S. (2005). Schizotypal personality disorder or prodromal symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *80*, 263-269.
- Belloch, A., Morillo, C. y Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: Beyond frequency. *Behavior Research and Therapy*, *42*, 841-857.
- Bentall, R. P., Haddock, G. y Slade, P. D. (1994). Psychological treatment for auditory hallucinations: from theory to therapy. *Behavior Therapy*, *25*, 51-66.
- Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1985). Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: a brief report. *Personality and Individual Differences*, *6*, 527-529.

- Berle, D., Blaszczynski, A., Einstein, D. A. y Menzies, R. G. (2006). Thought–Action Fusion in Schizophrenia: A Preliminary Investigation. *Behaviour Change*, 23, 260-269.
- Berle, D. y Startevic, V. (2005). Thought–Action Fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Berman, I., Kalinowski, A., Berman, S., Lengua, J. y Green, A. (1995). Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 6-10.
- Bleak, J. y Frederick, C. M. (1998). Superstitious behavior in sport: Levels of effectiveness and determinants of use in three collegiate sports. *Journal of Sport Behavior*, 21, 1-15.
- Bleuler, E. (1934). *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bloch, M. H., Landeros, A., Rosario-Campos, M. C., Pittenger, Ch. y Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542.
- Bocci, L. y Gordon, P. K. (2007). Does magical thinking produce neutralising behaviour? An experimental investigation. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1823-1833.
- Bolton, D., Dearsley, P., Madronal-Luque, R. y Baron-Cohen, S. (2002). Magical thinking in childhood and adolescence: development and relation to obsessive compulsion. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 479–494.
- Bouman, T. K. y Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96-101.
- Bouvard, M. y Cottraux, J. (1997). Comparative study of normal subjects and obsessive-compulsive subjects on intrusive thoughts and memory. *L'Encéphale*, 23, 175-179.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Cangas, A. J., García-Montes, J. M., Moldes, P. y Olivencia, J. J. (2004). Evaluación y significado de los procesos cognitivos implicados en las alucinaciones auditivas. *EduPsyKhé*, 4, 251-264.
- Calkins, M. E., Curtis, C. E., Grove, W. M. y Iacono, W. G. (2004). Multiple dimensions of schizotypy in first degree biological relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 317-325.
- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11, 279-296.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.

- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 190–201.
- Ciborowski, T. (1997). “Superstition” in the collegiate baseball player. *Sport Psychologist*, *11*, 305-317.
- Claridge, G. S. (1987). The schizoprenias as nervous types’ revisited. *British Journal of Psychiatry*, *112*, 225-251.
- Claridge, G. S. (1999). Esquizotipia: Teoría y medición. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *8*, 35-51.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P. y Popplewell, D. (1996). The factor structure of “schizotypal” traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 103-115.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavioural therapy for OCD*. New York: Guilford.
- Clark, D. A. y de Silva, P. (1985). The nature of depressive and anxious thoughts: Distinct or uniform phenomena? *Behavior Research and Therapy*, *23*, 383-393.
- Clark, D. A., Winton, E. y Thynn, L. (1993). A further experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, *31*, 207-210.
- Clark, D. M., Ball, S. y Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, *29*, 253-257.
- Close, H. y Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*, *37*, 173–188.
- Cunill, R., Castells, X. y Simeon, D. (2009). Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical psychiatry*, *70*, 70-82.
- Cyharova, E. y Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, *80*, 253-261.
- Dickerson, F. B. (2000). Cognitive behavioural psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research*, *43*, 71-90.
- Dubal, S. y Viaud-Delmon, I. (2008). Magical ideation and hyperacusis. *Cortex*, *44*, 1379-1386.
- Eckblad, M. y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 215–225.
- Einstein, D. A. y Menzies, R. G. (2004a). The presence of magical thinking in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 539-550.
- Einstein, D. A. y Menzies, R. G. (2004b). Role of magical thinking in obsessive-compulsive symptoms in an undergraduate sample. *Depression and Anxiety*, *19*, 174–179.
- Einstein, D. A. y Menzies, R. G. (2006). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder, panic disorder and the general community. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 351-357.

- Einstein, D. A. y Menzies, R. G. (2008). Does magical thinking improve across treatment for obsessive-compulsive disorder? *Behaviour Change*, 25, 149-155.
- Eisen, J. L. Beer, T. A., Pato, M. T., Venditto, T. A. y Rasmussen, S. A. (1997). Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154, 271-273.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, N. J.: Citadel.
- Enright, S. J. (1996). Obsessive-compulsive disorder: anxiety disorder or schizotypy. En R. Rapee, (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 161-190). New York: Guilford.
- Enright S. y Beech A. (1997). Schizotypy and obsessive-compulsive disorder. En G. Claridge, (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 203-223). Oxford: Oxford University Press.
- Evans, D. W., Milanak, M. E., Medeiros, B. y Ross, J. L. (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry and Human Development* 33, 43-58.
- Festinger, L. A. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston: Row. Peterson.
- Fisher, P. L. y Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.
- Flavell, J. H. y Ross, L. (1981). *Social Cognitive Development. Frontiers and possible futures*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-94.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S., García-Portilla, M. P., Bobes, J. y Muñiz, J. (2010). Predisposición alucinatoria y disregulación afectiva en adultos jóvenes españoles. Comunicación en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Garcia-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A. y Villazón-García, U. (2007). La multidimensional de la esquizotipia a revisión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 3-13.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2009). Psychometric properties of the Perceptual Aberration Scale and the Magical Ideation Scale in Spanish college students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 299-312.
- Fontenelle, L. F., Lopes, A. P. Borges, M. C., Pacheco, P. J., Nascimento, A. L. y Versiani, M. (2008). Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder. *Cns Spectrums*, 13, 125-130.
- Formea, G., y Burns, L. (1995). Relation between the syndromes of bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 17, 167-176.

- Freeman, D. y Garety, P. A. (1999). Worry, worry processes and dimensions of delusions: an exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 27 47-62.
- Freeman, D. y Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusion and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry and anxiety. *Cognitive, therapy and research* 20, 265-273.
- Freeston, M. H., Gagnon, F., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Letarte, H. y Rhéaume, J. (1994). Health-related intrusive thoughts. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 203-215.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 138-146.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. y Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Rheáume, J. y Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Frith, C. D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona: Ariel.
- Frost, R. O. y Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- García-Montes, J. M., Cangas, A., Pérez- Álvarez, M., Fidalgo, A. y Gutierrez, O. (2006). The role of metacognitions and thought control techniques in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 309-317.
- García-Montes, J.M., Pérez-Álvarez, M. y Fidalgo, A. (2004). Influence of metacognitive variables and thought suppression on number of thoughts, discomfort they produce and number and quality of auditory illusions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 181-186.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Cangas-Díaz, A., Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). Metacognitions and hallucinatory experiences: comparisons among different groups of clinical population. *VI Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta*. Auburn, Alabama (EEUU).
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Sass, L. A. y Cangas, A. J. (2008). The role of superstition in psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 15, 227-237.
- García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., Soto-Balbuena, C., Perona-Garcelán, S. y Cangas, A. J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-

- compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091–1104.
- Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- George, L. y Neufeld, R. W. (1987). Magical ideation and schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 778–779.
- Golden, K. M. (1977). Voodoo in Africa and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1425–1427.
- Guillem, F., Satterthwaite, J., Pampoulova, T. y Stip, E. (2009). Relationships between psychotic and obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115, 358-362.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Barrantes-Vidal N., Obiols, J. E., Aguilar, A. y Aguilar, E. M. (1999). Versión reducida del Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiencias. Comunicación en el V Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena.
- Gwilliam, P., Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B., y Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 543-547.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J. y Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behavior Research and Therapy*, 46, 98-113.
- Hodgson, R. J., y Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Holeva, V., Tarrier, N. T. y Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- Hughes, M. E., Alloy, L. B. y Cogswell, A. (2008). Repetitive thought in psychopathology: The relation of rumination and worry to depression and anxiety

- symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22, 273-291.
- Irak, M. y Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 22, 1316-1325.
- Jahoda, G. (1969). *The psychology of superstition*. New York: Penguin Books.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C. y Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Johns, L. C., Nazroo, J. Y., Bebbington, P. and Huipers, E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
- Jones, S. R. y Fernyhough, C. (2006). The role of thought suppression and metacognitive beliefs in proneness to auditory verbal hallucinations in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 41, 1421-1432.
- Jones, S. R. y Fernyhough, C. (2009). Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: Towards a new model. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 54-59.
- Kabakci, E., Demir, B., Demirel, H. y Sevik, A. E. (2008). Thought–Action Fusion: Is it Present in Schizophrenia? *Behaviour Change*, 25, 169-177.
- Kay, S. R., Opler, L. A. y Lindenmayer, J. P. (1988) Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Kelly, A. E. y Kahn, J. H. (1994). Effects of suppression of personal intrusive thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 998-1006.
- King, R. A., Leckman, J. F., Scahill, L. y Cohen, D. J. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression. En L. F. Leckman y D. J. Coher (Eds.), *Tourette´s syndrome –tics, obsessions, compulsions: Developmental psychopathology and clinical care* (pp. 43-63). New York: John Wiley and Sons.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analitic Psychotherapy: creating intens and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Laing, R. D. (1960). *El yo dividido*. Fondo de Cultura Económica.
- Larøi, F., Collignon, O. y Van der Linden, M. (2005). Source-monitoring for actions in hallucinations proneness. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(2), 105-123.
- Larøi, F., y Van der Linden, M. (2005). Metacognitions and proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1425-1441.
- Launay, G. y Slade, P. D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.
- Lee, H. J., Cogle, J. R. y Telch, M. J. (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(I), 29-41.

- Lenzenweger, M. F. y Korfina, L. (1995). Tracking the taxon: On the latent structure and based rate of schizotypy. En A. Rayne, T. Lencz y S. A. Mednick, (Eds.), *Schizotypal Personality* (pp. 135-167). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P., y Wells, A. (2002). The role of metacognitive belief in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32, 1351-1363.
- Luciano, M. C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Luciano, M. C., Rodriguez, M. y Gutierrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M. C. y Valdivia-Salas, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Lysaker, P. H., Marks, K. A., Picone, J. B., Rollins, A. L., Fastenau, P. S. y Bond, G. R. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates. *Journal of nervous and mental diseases*, 188, 78-84.
- Marcks, B. A. y Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.
- McLaughlin, K. y Nolen-Hoeksema, (2010). Examination of the response styles theory in a community sample of young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 545-556.
- Malinowski, B. (1954). *Magic, science and religion*. New York: Doubleday.
- Martínez- Suárez, P. C., Ferrando, P. J., Lemos, S., Inda-Caro, M., Paino-Piñeiro., M. y López-Rodrigo, A. M. (1999). Naturaleza y estructura del constructo esquizotipia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 615-635.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P. E. (1989). Schizotaxia revisited. *Archives of General Psychiatry*, 46, 935-944.
- Morillo, C., Giménez, A., Belloch, A., Lucero, M., Carrió, C. y Cabedo, E. (2003). Pensamientos intrusos en obsesivos subclínicos: contenidos, valoraciones y estrategias de control. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 23-38.
- Morrison, A. P. (1994). Cognitives behavior therapy for auditory hallucinations without concurrent medication: a single case. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 259-264.

- Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A. P., Haddock, G. y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Morrison, A. P., y Petersen, T. (2003). Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 235-246.
- Morrison, A. P. y Wells, A. (2003). A comparison of metacognition in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patients controls. *Behavior Research and Therapy*, 41, 251-256.
- Morrison, A. P., Wells, A. y Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 67-78.
- Morrison, A. P., Wells, A. y Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 259-270.
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los test [Indications for translating and adapting psychological tests]. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muris, P., Merckelbach, H. y Clavan, M. (1997). Abnormal compulsions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 249-252.
- Muris, P., Merckelbach, H., van den Hout, M. y de Jong, P. (1992). Suppression of emotional and neutral material. *Behavior Research and Therapy*, 30, 639-642.
- Muris, P., Roelofs, J., Meesters, C. y Boomsma, P. (2004). Rumination and Worry in Nonclinical Adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 539-554.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. y Wells, A. (2009b). Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: a prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 132-142.
- Myers, S. G. y Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 806-817.
- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L. y Van Os, J. (2003). Continuity of psychotic symptoms in the community. *Current opinion in Psychiatry*, 16 (4), 443-449.
- Najmin, S., Riemann, B. C. y Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behavior Research and Therapy*, 47, 494-503.
- Nemeroff, C. y Rozin, P. (2000). The makings of the magical mind: the nature and function of sympathetic magical thinking. En K. S. Rosengren, C. N. Johnson y P.

- L. Harris (Eds.), *Imagining the impossible: Magical, scientific, and religious thinking in children* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1061-1072.
- Norman R. M. G., Davies F., Malla A. K., Cortese L. y Nicholson I. R. (1996). Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 553-566.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory -Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1527-1542.
- Odier, C. (1956). *Anxiety and magic thinking*. New York: International University Press.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research, 97*, 153-164.
- Papageorgiou, C. y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261-273.
- Parkinson, L. y Rachman, S. (1981). Part I. The nature of intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena? *Behavior Research and Therapy, 23*, 383-393.
- Peralta, V. y Cuesta, J. M. (1994) Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría, 22*, 171-177.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M. y Perona-Garcelán, S. (2008). Changing relationships with voices: New therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 75-85.

- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M. y Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21, 221-233.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Vallina-Fernández, O., Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2010). New life for psychotherapy in the light of phenomenology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 187-201.
- Perona-Garcelán, S. (2006). Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología*, 24, 83-110.
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Dúctor-Recuerda, M. J., Vallina-Fernández, O., Cuevas-Yust, C., Pérez-Álvarez, M., Salas-Azcona, R. y Gómez-Gómez, M. T. (en prensa). Relationship of metacognition, absorption and depersonalization in patients with auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Peters, E. R., Joseph, S. A. y Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Piaget, J. P. (1929). *The child's conception of the world*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Purdon, C. L. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behaviour Therapy*, 32, 47-64.
- Purdon, C. L. y Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in non clinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31, 712-720.
- Purdon, C. L., Rowa, K. y Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. y Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.
- Rachman, S. y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R. y Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behavior Research and Therapy*, 33, 779-789.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H. y Muris, P. (2001). Thought action-fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 39, 757-764.

- Rassin, E., Merckelbach, H. y Muris, P. (2000a). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 20, 973-995.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. y Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behavior Research and Therapy*, 39, 537-544.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. y Staper, S. (1999). Suppression and ritualistic behaviour in normal participants. *British Journal of clinical psychology*, 38, 195-201.
- Rector, N. A. y Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Rees, C. S., Davis, M. y Draper, M. (2010). The relationship between magical thinking, thought-action fusion and obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 304-312.
- Roemer, T. D. y Borkovec, L. (1994). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Roheim, G. (1955). *Magic and schizophrenia*. New York: International University Press.
- Romme, M. A. J. y Escher, D. M. A. C. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Romme, M. A. y Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. En G. Haddock y P. D. Slade (Eds.), *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 137-150). London: Routledge.
- Rothbaum, F. y Weisz, J. R. (1988). *Child psychopathology and the quest for control*. New York: Sage.
- Rutledge, P. C. (1998). Obsessionality and the attempted suppression of unpleasant personal intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 403-416.
- Slade, P. y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception a scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavioural Research and Therapy*, 23, 549-552.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. En R. P. Swinson, M. M. Anthony, S. Rachman y M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 33-50). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Research and Therapy*, 37, 29-52.

- Salkovskis, P. M. y Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 1-8.
- Salkovskis, P. M. y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behavioural Research and Therapy*, 22, 1-4.
- Sartorius, N., Shapiro, R. y Jamblensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-25.
- Savron, G., Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Raffi, A. R. y Belluardo, P. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 345-348.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sellen, J., Oaksford, M. y Gray, N. (2005). Schizotypy and conditional reasoning. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 105-116.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 10, 379-391.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., y Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 14, 258-268.
- Simon, G., Hollander, E., Stein, D., Cohen, L. Y Aronowitz, B. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Smári, J., Birgisdóttir, A. B. y Brynjólfssdóttir, B. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and suppression of personally relevant unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 18, 621-625.
- Smári, J., Sigorjónsdóttir, H. y Sæmundsdóttir, I. (1994). Thought suppression and obsession-compulsion. *Psychological Reports*, 75, 227-235.
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C. y Karayiorgou, M. (1999). Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *Journal of Psychiatric research*, 33, 265-263.
- Solem, S., Håland, A. T., Vogel, P. A., Hansen, B. y Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behavior Research and Therapy*, 47, 301-307.
- Solem, S., Myers, S. C., Fisher, P. L., Vogel, P. A. y Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 79-86.

- Steketee, G. y Barlow, D. H. (2002). Obsessive-compulsive disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 516-550). New York: Guilford.
- Steketee, G., Chambless, D. L. y Tran, G. Q. (2001). Effects of Axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Stirling, J., Barkus, E. y Lewis, S. (2007). Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1401-1408.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Subbotsky, E. V. (2004). Magical thinking in judgements of causation: Can anomalous phenomena affect ontological causal beliefs in children and adults? *British Journal of Developmental Psychology*, 22, 123-152.
- Subbotsky, E.V. y Quinteros, G. (2002). Do cultural factors affect causal beliefs? Rational and magical thinking in Britain and Mexico. *British Journal of Psychology*, 93, 519-543.
- Tandon, R., Keshavan, M. S. y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102, 1-18.
- Tien, A. Y. (1991). Distribution hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Tiryaki, A. y Özkorumak, E. (2010). Do the obsessive-compulsive symptoms have an effect in schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 357-362.
- Tissot, R. y Burnard, Y. (1980). Aspects of cognitive activity in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 10, 657-663.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J. y Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 501-510.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A. y Foa, E. B. (2002b). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1255-1274.
- Törneke, N., Luciano, M. C. y Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and psychological problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Twohig, M. P., Moran, D. J. y Hayes, S. C. (2007). A functional contextual account of obsessive-compulsive disorder. En D. W. Woods y J. W. Kanter (Eds.), *Understanding behavior disorders: a contemporary behavioral perspective* (pp. 117-156). Oakland, CA: Context Press.

- Trinder, H. y Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behavior Research and Therapy*, 32(8), 833-842.
- Vallejo, M. A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez y I. Amigo- Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 337-353). Madrid: Pirámide.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. y Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A Psychosis continuum in the normal population? *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- Varese, F. y Bentall, R. P. (2010). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 850-864.
- Veiga-Martínez, C., Pérez- Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.
- Verdoux, H. y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54 (I), 59-65.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D. M., Quillian, F. y Houston, C. (1996). Memories out of order: Thought suppression and the disassembly of remembered experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 680-691.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. M. y White, L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409-418.
- Wegner, D. M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62, 615-640.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G. y Lee, C. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, U. K.: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, U.K.: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognition Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.

- Wells, A. y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, A. y Papageorgiou, C. (1998a). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899–913.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Piramide.
- Woolley, J. D. (1997). Thinking about fantasy: Are children fundamentally different thinkers and believers from adults? *Child Development*, 68, 991–1011.
- Yaryura-Tobias, J. A. y McKay, D. (2002). Obsessive compulsive disorder and schizophrenia: a cognitive perspective of shared pathology. En R. O. Frost y G. Steketee, (Eds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment and treatment* (pp. 251-267). Oxford: Pergamon.
- Yorulmaz, O., Yilmaz, A. E. y Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the thought–action fusion scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1203–1214.
- Zusne, L. y Jones, W. H. (1989). *Anomalistic psychology: A study of magical thinking*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

....., a de de 2009

Yo, con DNI/Pasaporte n°
....., mediante el presente documento hago constar:

1. Que he leído la hoja informativa que me ha sido entregada.
2. Que he tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
3. Que, en caso de haber formulado preguntas, he recibido respuestas satisfactorias.
4. Que entiendo que la participación es voluntaria.
5. Que entiendo que puedo abandonar el estudio:
 - cuando lo desee
 - sin que tenga que dar explicaciones
6. Que he sido informado de forma precisa y suficiente de que mis datos serán tratados de acuerdo con los principios contenidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En consecuencia, doy mi consentimiento informado para participar en la investigación propuesta en que se me administrarán 6 cuestionarios psicométricos.

En la fecha y lugar arriba indicados,

ANEXO II – POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME
SCALE (PANSS)

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)***Escala Positiva (PANSS – P)***

1. Delirios	1 2 3 4 5 6 7
2. Desorganización conceptual	1 2 3 4 5 6 7
3. Alucinaciones	1 2 3 4 5 6 7
4. Excitación	1 2 3 4 5 6 7
5. Grandiosidad	1 2 3 4 5 6 7
6. Susplicacia/prejuicio	1 2 3 4 5 6 7
7. Hostilidad	1 2 3 4 5 6 7

Escala Negativa (PANSS – N)

1. Embotamiento afectivo	1 2 3 4 5 6 7
2. Retraimiento emocional	1 2 3 4 5 6 7
3. Contacto pobre	1 2 3 4 5 6 7
4. Retraimiento social	1 2 3 4 5 6 7
5. Pensamiento abstracto	1 2 3 4 5 6 7
6. Fluidez de la conversación	1 2 3 4 5 6 7
7. Pensamiento estereotipado	1 2 3 4 5 6 7

Psicopatología General (PANSS – PG)

1. Preocupación somática	1 2 3 4 5 6 7
2. Ansiedad	1 2 3 4 5 6 7
3. Sentimientos de culpa	1 2 3 4 5 6 7
4. Tensión motora	1 2 3 4 5 6 7
5. Manierismos/posturas	1 2 3 4 5 6 7
6. Depresión	1 2 3 4 5 6 7
7. Enlentecimiento motor	1 2 3 4 5 6 7
8. Falta de colaboración	1 2 3 4 5 6 7
9. Pensamientos inusuales	1 2 3 4 5 6 7
10. Desorientación	1 2 3 4 5 6 7
11. Atención deficiente	1 2 3 4 5 6 7
12. Ausencia de insight	1 2 3 4 5 6 7

13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los estímulos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO III – METACOGNITIONS QUESTIONNAIRE
(MCQ-30)

APELLIDOS.....NOMBRE.....
 EDAD.....FECHA.....CENTRO.....

El presente cuestionario trata sobre las creencias que la gente tiene en relación con sus pensamientos. Más abajo se va a encontrar con una serie de opiniones que algunas personas han expresado. Por favor, lea cada una de ellas e indique en qué medida está de acuerdo con las frases que ha leído. Responda, por favor, a todas las frases. No existen respuestas acertadas o erróneas.

*Si no está nada de acuerdo, marque “1”
 Si está ligeramente de acuerdo, marque “2”
 Si está muy de acuerdo, marque “3”
 Si está completamente de acuerdo, marque “4”*

1.	Estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro.	1	2	3	4
2.	Estar preocupado es peligroso.	1	2	3	4
3.	Pienso mucho sobre mis propios pensamientos.	1	2	3	4
4.	Estar preocupado puede llegar a ponerme enfermo.	1	2	3	4
5.	Soy consciente de cómo trabaja mi mente cuando estoy intentando resolver un problema.	1	2	3	4
6.	Si no llego a controlar un pensamiento que me preocupa y luego pasa lo que había pensado es culpa mía.	1	2	3	4
7.	Necesito preocuparme para poder organizarme.	1	2	3	4
8.	Creo que tengo mala memoria para recordar palabras y nombres.	1	2	3	4
9.	Los pensamientos que me preocupan no se van por mucho que yo haga para pararlos.	1	2	3	4
10.	Estar preocupado me ayuda a tener las cosas ordenadas en mi mente.	1	2	3	4
11.	No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan.	1	2	3	4
12.	Me fijo en los pensamientos que tengo.	1	2	3	4
13.	Debería controlar mis pensamientos todo el tiempo.	1	2	3	4
14.	A veces la memoria hace que me confunda.	1	2	3	4
15.	Las preocupaciones que tengo pueden hacer que me vuelva loco.	1	2	3	4
16.	Siempre me doy cuenta de cuándo estoy pensando.	1	2	3	4
17.	Tengo mala memoria.	1	2	3	4
18.	Me fijo mucho en cómo funciona mi mente.	1	2	3	4
19.	Preocuparme me ayuda a afrontar las cosas.	1	2	3	4
20.	No ser capaz de controlar los pensamientos propios es un signo de debilidad.	1	2	3	4
21.	Cuando me empiezo a preocupar, no puedo parar.	1	2	3	4
22.	Ciertos pensamientos siempre deben ser controlados.	1	2	3	4
23.	Preocuparme me ayuda a resolver problemas.	1	2	3	4
24.	Tengo poca confianza en la memoria que tengo para recordar lugares.	1	2	3	4
25.	Pensar cierto tipo de cosas es malo.	1	2	3	4
26.	No confío en mi memoria.	1	2	3	4
27.	Si no lograra controlar mis pensamientos no sería capaz de hacer cosas.	1	2	3	4

28.	Necesito preocuparme para poder trabajar bien.	1	2	3	4
29.	Confío poco en mi memoria para acordarme de las cosas que tengo que hacer.	1	2	3	4
30.	Examino mis pensamientos constantemente.	1	2	3	4

ANEXO IV– LAUNAY-SLADE
HALLUCINATORY SCALE-REVISED (LSHS-R)

A continuación se le van a presentar unas frases que algunas personas han expresado. Por favor, lea cada una de ellas e indique en qué medida le han sucedido las frases que ha leído. Responda, por favor, a todas las frases. No existen respuestas acertadas o erróneas.

Si nunca le ha sucedido, marque “1”
Si algunas veces le ha sucedido, marque “2”
Si frecuentemente le ha sucedido, marque “3”
Si casi siempre le ha sucedido, marque “4”

1.	Un pensamiento pasajero puede parecerme tan real que llegue a asustarme.	1	2	3	4
2.	Mis pensamientos parecen tan reales como los sucesos que me ocurren de verdad.	1	2	3	4
3.	Aunque intente concentrarme con todas mis fuerzas en lo que estoy haciendo, me vienen a la cabeza pensamientos que no guardan relación con lo que hago.	1	2	3	4
4.	He tenido la experiencia de oír la voz de una persona y luego me he dado cuenta de que no había nadie allí.	1	2	3	4
5.	Generalmente los sonidos que escucho en mis fantasías son claros y nítidos.	1	2	3	4
6.	En mis fantasías las personas parecen ser tan reales que pienso que realmente existen.	1	2	3	4
7.	Cuando me imagino una canción casi puedo oírla con tanta claridad como si la estuviera escuchando	1	2	3	4
8.	Oigo una voz que dice mis pensamientos en alto.	1	2	3	4
9.	He escuchado voces en mi cabeza.	1	2	3	4
10.	He visto el rostro de una persona delante de mí cuando de hecho nadie estaba allí.	1	2	3	4
11.	He escuchado la voz del diablo.	1	2	3	4
12.	He escuchado la voz de Dios dirigiéndose a mí.	1	2	3	4

ANEXO V – THOUGHT-ACTION FUSION SCALE (TAFS)

A continuación se va a encontrar con una serie de frases. Señale, por favor, hasta qué punto se encuentra usted de acuerdo con cada una de ellas atendiendo al siguiente recuadro:

Si no está nada de acuerdo, marque “0”
Si está ligeramente de acuerdo, marque “1”
Si está bastante de acuerdo, marque “2”
Si está muy de acuerdo, marque “3”
Si está completamente de acuerdo, marque “4”

1.	Me resulta casi tan inaceptable pensar en hacerle a un amigo una observación tremendamente crítica como de hecho decirla.	0	1	2	3	4
2.	Me resulta casi tan pecaminoso tener un pensamiento blasfemo como lo pueda ser hacer una acción blasfema.	0	1	2	3	4
3.	Me resulta casi tan inaceptable pensar en insultar a alguien como lo pueda ser realizar dicho insulto.	0	1	2	3	4
4.	Me resulta casi tan malo tener un mal pensamiento de alguien como llevar a cabo una mala acción.	0	1	2	3	4
5.	Me resulta casi tan inaceptable tener pensamientos violentos como los propios actos violentos.	0	1	2	3	4
6.	Me resulta casi tan pecaminoso pensar en hacer un comentario o realizar una acción obscena en una iglesia como incluso hacerlo.	0	1	2	3	4
7.	Es casi tan malo desearle daño a alguien como llevar a cabo dicho daño.	0	1	2	3	4
8.	Es casi tan malo pensar en hacerle a alguien un gesto obsceno como realizarlo.	0	1	2	3	4
9.	Resulta casi tan desleal tener un mal pensamiento de un amigo como llevar a cabo una acción cruel.	0	1	2	3	4
10.	Resulta casi igual pensar en los celos que hacer un comentario sobre ellos.	0	1	2	3	4
11.	En una relación personal, pensar en engañar a alguien es casi tan inmoral como el propio engaño.	0	1	2	3	4
12.	Me resulta inaceptable tener pensamientos obscenos en una iglesia.	0	1	2	3	4
13.	Si pienso que un familiar o algún amigo pueden llegar a perder su trabajo, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que pierdan su trabajo.	0	1	2	3	4
14.	Si pienso que un familiar o algún amigo pueden tener un accidente de coche, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que tengan un accidente.	0	1	2	3	4
15.	Si pienso que un familiar o algún amigo puede lesionarse en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que tengan una caída y resulten lesionados.	0	1	2	3	4
16.	Si pienso que un familiar o un amigo puede ponerse enfermo, este pensamiento aumentará el riesgo de que realmente se ponga enfermo.	0	1	2	3	4

17.	Si pienso que puedo lesionarme en una caída, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra una caída y resulte lesionado.	0	1	2	3	4
18.	Si pienso en que puedo tener un accidente de coche, dicho pensamiento aumentará el riesgo de que sufra un accidente de coche.	0	1	2	3	4
19.	Si pienso en la idea de que voy a ponerme enfermo, dicho pensamiento aumenta el riesgo de que me ponga enfermo.	0	1	2	3	4

**ANEXO VI- MAUDSLEY OBSESSIVE-COMPULSIVE
INVENTORY (MOCI)**

Por favor, indique si para usted son verdaderas o falsas las siguientes frases, señalando con una cruz en la casilla correspondiente. No hay respuestas correctas ni incorrectas, tampoco frases engañosas. Responda rápidamente, sin pensar demasiado en el significado exacto de los enunciados.

V F

1.	Evito usar los teléfonos públicos a causa de una posible contaminación.		
2.	Frecuentemente tengo pensamientos sucios y me cuesta librarme de ellos.		
3.	La honestidad me preocupa más que a la mayoría de la gente.		
4.	A menudo llego tarde porque me resulta imposible terminar todas las cosas a tiempo.		
5.	Al tocar un animal, no me preocupo demasiado por la contaminación.		
6.	A menudo tengo que revisar las cosas (por ej. la llave del gas, los grifos, las puertas, etc.) varias veces.		
7.	Tengo una conciencia muy estricta.		
8.	Encuentro que casi cada día estoy preocupado por pensamientos desagradables que entran en mi mente contra mi voluntad.		
9.	No me preocupo demasiado si choco con alguien accidentalmente.		
10.	A menudo tengo serias dudas sobre las cosas sencillas que hago cada día.		
11.	Ninguno de mis padres fue muy estricto durante mi infancia.		
12.	Tiendo a retrasarme en mi trabajo a causa de repetir las cosas una y otra vez.		
13.	Uso solamente una cantidad normal de jabón.		
14.	Algunos números dan muy mala suerte.		
15.	No reviso las cartas una y otra vez antes de echarlas al correo.		
16.	No me lleva mucho tiempo vestirme por la mañana.		
17.	No me preocupo excesivamente por la limpieza.		
18.	Uno de mis mayores problemas es poner demasiada atención en los detalles.		

19.	Puedo usar los lavabos bien cuidados sin ninguna vacilación.		
20.	Mi mayor problema es que compruebo repetidamente todo.		
21.	No estoy excesivamente preocupado por los gérmenes y las enfermedades.		
22.	No tiendo a comprobar las cosas más de una vez.		
23.	No sigo una rutina muy estricta al hacer las cosas corrientes.		
24.	No siento mis manos sucias después de tocar dinero.		
25.	Normalmente cuando estoy haciendo una tarea rutinaria no reflexiono sobre ella.		
26.	El aseo me ocupa bastante tiempo por la mañana.		
27.	No uso una gran cantidad de antisépticos.		
28.	Cada día gasto gran cantidad de tiempo en comprobar las cosas una y otra vez.		
29.	Por la noche, colgar y doblar mi ropa no me quita mucho tiempo.		
30.	Incluso cuando hago alguna cosa cuidadosamente suelo pensar que no está totalmente correcta.		

V F

ANEXO VII- MAGICAL IDEATION SCALE (MIS)

A continuación se va a encontrar con una serie de frases. Indique, por favor, si para usted son verdaderas o falsas, señalando con una cruz en la casilla correspondiente.

		V	F
1.	Algunas personas hacen que me dé cuenta de ellas con sólo que piensen en mí.		
2.	He tenido el sentimiento pasajero de que probablemente no sea humano.		
3.	Algunas veces he tenido miedo de pisar las grietas de las aceras.		
4.	Creo que podría aprender a leer el pensamiento de otras personas si así lo quisiera.		
5.	Los horóscopos aciertan con demasiada frecuencia como para ser una coincidencia.		
6.	A veces las cosas parecen haber cambiado de lugar cuando llego a casa aunque no haya habido nadie allí.		
7.	Números como el 13 y el 7 no tienen ningún poder especial.		
8.	Alguna vez he tenido la estúpida sensación de que un locutor de televisión o de radio sabía que le estaba escuchando.		
9.	Me he preocupado de que gente procedente de otros planetas pueda influir en lo que está sucediendo en la tierra.		
10.	El gobierno se niega a decirnos la verdad acerca de los platillos volantes.		
11.	He tenido la sensación de que había mensajes expresamente para mí, por ejemplo, en el escaparate de una tienda.		
12.	Jamás he dudado de que los sueños que tengo sean producto de mi propia mente.		
13.	Los amuletos de buena suerte no funcionan.		
14.	Algunas veces he percibido sonidos en mis discos que otras veces no aparecen.		
15.	Los movimientos de mano que hacen las personas desconocidas parece que a veces me influyen a mí.		
16.	Casi nunca sueño cosas antes de que éstas sucedan.		

17.	He tenido el sentimiento pasajero de que un doble ocupa el lugar de alguien.		
18.	No es posible hacer daño a otras personas teniendo simplemente malos pensamientos sobre ellas.		
19.	Algunas veces he tenido la sensación de que alrededor de mí había una presencia maligna aunque no pudiera verla.		
20.	A veces tengo la sensación de que gano o pierdo energía cuando ciertas personas me miran o me tocan.		
21.	A veces tengo la ligera sensación de que hay desconocidos que están enamorados de mí.		
22.	Nunca he tenido la sensación de que algunos pensamientos míos pertenecieran en realidad a otra persona.		
23.	Cuando me presentan a personas desconocidas casi nunca me pregunto si alguna vez con anterioridad las he conocido.		
24.	De ser cierta la reencarnación, se podrían explicar algunas de las experiencias insólitas que he tenido.		
25.	A veces la gente se comporta de una forma tan rara que uno se pregunta si es que forman parte de un experimento.		
26.	A veces realizo determinados rituales para protegerme de las influencias negativas.		
27.	He tenido la sensación de que podría provocar que algo sucediera simplemente pensando mucho en ello.		
28.	Me he preguntado si los espíritus de los muertos pueden influir en los vivos.		
29.	A veces he tenido la sensación que una clase que daba un profesor iba dirigida especialmente a mí.		
30.	A veces he sentido que personas desconocidas me leían la mente.		

ANEXO VIII – OXFORD-LIVERPOOL
INVENTORY OF FEELINGS AND EXPERIENCES
(O-LIFE-R)

Este cuestionario contiene preguntas sobre sus pensamientos, sentimientos, experiencias y preferencias. No hay respuestas correctas ni incorrectas, por lo que le rogamos sinceridad al contestar. Indique, por favor, si las cuestiones son o no aplicables a usted, señalando con una cruz en la casilla correspondiente.

		SI	NO
1.	¿A menudo se encuentra indeciso cuando va a decir algo ante un grupo de personas a quienes, más o menos, conoce?		
2.	¿Se pasa a menudo con el alcohol o la comida?		
3.	¿Siempre le ha parecido aburrido bailar o la idea de hacerlo?		
4.	¿Ha hecho alguna vez trampas en un juego?		
5.	¿Siente a veces el impulso de hacer algo perjudicial o chocante?		
6.	¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?		
7.	¿Sus pensamientos son a veces tan fuertes que casi puede oírlos?		
8.	¿Tomaría drogas que tuvieran efectos extraños o peligrosos?		
9.	¿Cree que podría aprender a leer la mente de otras personas, si quisiera?		
10.	¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra defectos a usted o a su trabajo?		
11.	¿Reflexiona antes de hacer las cosas?		
12.	¿Es usted demasiado independiente para involucrarse realmente con otras personas?		
13.	¿Pierde fácilmente el coraje cuando es criticado o fracasa en algo?		
14.	¿Algunas personas pueden hacer que piense en ellas, con sólo pensar en usted?		
15.	¿Algunas veces sus pensamientos parecen tan reales que le asustan?		
16.	¿Ha culpado alguna vez a otra persona por algo que usted haya hecho?		
17.	¿Es usted una persona cuyo estado de ánimo sube y baja fácilmente?		
18.	¿Está a veces tan nervioso que se queda bloqueado?		
19.	¿Siente miedo cuando ha de entrar solo en un lugar donde otras personas ya se encuentran reunidas y hablando?		
20.	¿Algunas veces siente que las cosas que le ocurren son provocadas por fuerzas misteriosas?		

21.	¿Le gusta mezclarse con la gente?		
22.	¿Tiene muchos amigos?		
23.	¿Cuándo se ha mirado en un espejo, ha sentido alguna vez que su cara parecía diferente?		
24.	¿Prefiere ver la televisión que salir con otras personas?		
25.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que ocurriera algo, simplemente pensando mucho en ello?		
26.	¿Se siente fácilmente confundido si pasan muchas cosas al mismo tiempo?		
27.	¿Cree usted que sus relaciones con otras personas nunca llegan a ser demasiado intensas?		
28.	¿Se preocupa durante demasiado tiempo tras una experiencia embarazosa?		
30.	¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?		
31.	¿En alguna ocasión se ha sentido como si su cuerpo no existiera?		
32.	¿Le divierte cantar con otras personas?		
33.	¿Sabe relajarse y disfrutar en una fiesta?		
34.	¿Algunas veces habla sobre cosas de las que no sabe nada?		
35.	¿Algunas veces ha notado una presencia maligna a su alrededor aunque no pudiera verla?		
36.	¿Le cuesta tomar decisiones?		
37.	¿A menudo hace lo contrario de lo que otras personas sugieren, aun sabiendo que tienen razón?		
38.	¿Le gusta mucho salir?		
39.	¿Se siente estrechamente vinculada a sus amistades?		
40.	¿Alguna vez tiene la seguridad de que algo va a ocurrir, aunque no parezca haber ningún motivo para creerlo?		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

