

# **Bienestar y personalidad esquizotípica**

**Trabajo de Fin de Grado de Psicología**

**Alumna:** Aránzazu Gisela González Clemente

**Tutores académicos:**

Ascensión Fumero Hernández

Rosario J. Marrero Quevedo

**Universidad de La Laguna**

**Curso académico:** 2013/2014



## *Resumen*

La investigación previa ha mostrado resultados consistentes en cuanto a una disminución del bienestar en individuos que presentan altos niveles del rasgo de personalidad esquizotípica. Aunque parece que algunas personas también obtienen beneficios de su sintomatología. En este estudio se examina la contribución relativa de los síntomas negativos, positivos y la desorganización cognitiva de la esquizotipia al bienestar. La muestra estuvo compuesta por 85 estudiantes de psicología que completaron diversas medidas de esquizotipia, bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Los resultados indicaron que las dimensiones de esquizotipia se relacionaban negativamente con ambos tipos de bienestar. Cuando se aplicaron correlaciones parciales, controlando el efecto de las otras dos dimensiones de esquizotipia, aparecieron relaciones directas de la sintomatología positiva con las emociones positivas, satisfacción con los estudios y con el ocio. Los análisis de regresión indicaron que parte de la sintomatología desorganizada y cognitivo-perceptual predijo positivamente algunos indicadores de bienestar subjetivo; mientras que algunos de los factores de la dimensión negativa explicaron una proporción sustancial de la varianza del bienestar psicológico disminuido. Estos resultados demuestran que la presencia de determinados síntomas esquizotípicos resulta beneficioso para algunos pacientes dependiendo del contexto. La investigación futura tendría que centrarse en esclarecer los mecanismos subyacentes a esta relación.

*Palabras clave:* bienestar subjetivo, bienestar psicológico, esquizotipia.

## *Abstract*

It is well documented that well-being is affected in individuals reporting high levels of schizotypal personality traits. Some individuals have shown an impoverishment while others would get benefits of their symptomatology. The present study examined the relative contribution of negative, positive, and disorganized schizotypy symptoms to well-being. Eighty five students completed measures of schizotypy and subjective and psychological well-being. Inverse associations were found between schizotypy dimensions and both types of well-being. However, partial correlation, controlling the effect of the other two schizotypal dimensions, showed positive relations between positive symptoms, positive emotions, studies and leisure satisfaction. Regression analyses showed that the positive and disorganized schizotypy positively predicted some indicators of subjective well-being. On the contrary, the negative dimension explained a substantial portion of the variance in the diminished subjective and psychological well-being. These findings highlight the benefits that would have some symptoms depending on the context. Further research should clarify the mechanism underlying this relationship.

*Keywords:* subjective well-being, psychological well-being, schizotypy.

## **Introducción**

La esquizotipia se ha considerado un rasgo psicológico que se caracteriza por una serie de síntomas positivos y negativos equivalentes a los de la esquizofrenia (Meehl, 1962; Rado, 1953; 1960). Los síntomas positivos describen la distorsión de la realidad que se manifiesta con la presencia de experiencias perceptivas inusuales y creencias o apariencias extrañas. Los síntomas negativos se refieren a una dimensión de anhedonia social, además de déficits conductuales y afectivos. A las dimensiones anteriores se incorporó posteriormente la desorganización cognitiva o de los procesos de pensamiento. La presencia de este último factor en la investigación de la característica esquizotípica no ha sido tan consistente como los dos anteriores (Claridge, 1997; Raine et al, 1994; Lemos et al, 1999; Hayes, 2012).

La esquizotipia se presenta en una buena parte de la población adulta y está asociada a una serie de anomalías neurocognitivas y funcionales (Chapman et al, 1994; Cohen et al, 2006; Gooding et al, 2005; Cohen y Matthews, 2010). Las personas con esquizotipia experimentan mayor afecto negativo ante el estrés y muestran mayor sintomatología ansiosa y depresiva que las personas que no padecen el trastorno (Meehl, 1962; Hayes, 2012; Pruessner, Lyer, Faridi, Joober y Malla, 2011; Fowles, 1992; Watson y Naragon, 2010; Horan, Blanchard, Clark y Green, 2008). Los síntomas negativos han mostrado afectar en mayor medida a la calidad de vida que los síntomas positivos y desorganizados (Cohen y Davis, 2009). Sin embargo, el uso de estrategias de afrontamiento efectivas podría funcionar como un factor protector ante el estrés (Lewandowski et al, 2006; Hayes, 2012).

Además de esta concepción de la esquizotipia asociada al malestar psicológico, Claridge y McCreery (2002) han propuesto la existencia de una “esquizotipia saludable”, en la que las experiencias perceptivas anómalas son interpretadas como un factor funcional y positivo. De modo que la esquizotipia podría considerarse adaptativa en el sentido de que regularía la entrada de experiencias anómalas o paranormales que amenazan la percepción de seguridad del individuo y el sentido de integridad del mundo aceptable (Espinosa y Parra, 2010; Goulding, 2004). Boden y Berenbaum (2004) proponen que estas experiencias anómalas estarán asociadas al bienestar, por lo que las creencias peculiares podrían ser beneficiosas para algunas personas y en algunos

contextos. De modo que a través del sistema de creencias, el individuo organiza cognitivamente eventos y experiencias que aparentemente serían incomprensibles.

La mayor parte de los estudios que señalan los efectos beneficiosos de la esquizotipia han evaluado la ausencia de malestar para concluir que no presentar sintomatología psicopatológica es un indicador de bienestar. Sin embargo, el bienestar no es necesariamente lo mismo que la ausencia de malestar. De hecho, ambos constructos pueden ser independientes y compatibles (Kahneman, 1999).

El bienestar se ha estudiado desde dos aproximaciones: el bienestar subjetivo que se basa en la tradición hedónica, donde el objetivo del individuo es buscar el placer y disminuir el displacer (Diener, 1984) y por otra parte, el bienestar psicológico que nace con la tradición eudaimónica, cuya finalidad es desarrollar el verdadero potencial, logrando así la propia excelencia, dando un significado y dirección a la vida, fomentando las fortalezas y virtudes personales (Ryan y Deci, 2000; Ryff, 1989; Seligman, 2002).

El bienestar subjetivo está compuesto por un componente cognitivo y un componente emocional. El primero es la satisfacción o valoración global de la vida que consiste en evaluar cómo ésta se desarrolla en relación a propósitos formulados previamente (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). El segundo se refiere a la presencia de emociones positivas y ausencia de emociones negativas (Andrews y Withey, 1976; Argyle, 1992; Bradburn, 1969). También el bienestar subjetivo se ha analizado en función de la satisfacción en áreas vitales concretas como la satisfacción con la pareja, estudios, ocio y salud (Díaz et al., 2007; Veenhoven, 1994).

Por su parte, Ryff (1989) define el bienestar psicológico (PWB) como un constructo multidimensional. A través de una revisión de teorías del desarrollo humano óptimo, del funcionamiento mental positivo y del ciclo vital propone seis dimensiones o variables del bienestar psicológico: la autoaceptación, el dominio del entorno, las relaciones positivas con los otros, propósito en la vida, crecimiento personal y autonomía.

La relación entre esquizotipia y bienestar se ha mostrado ambigua. En general, a mayor sintomatología esquizotípica se ha encontrado menor satisfacción con la vida, más sintomatología ansiosa, depresiva y estrés, más problemas de salud física y menor

longevidad, modulados principalmente por estados afectivos negativos (Abbott y Byrne, 2013; Cohen y Davis, 2009; Diener y Chan, 2011). Sin embargo, ciertas ideas de referencia, como la sensación de sentirse observado y, en consecuencia valorado, parecen aumentar el bienestar subjetivo, la autoestima, la confianza y la satisfacción vital (Nettle, 2006; Nettle y Clegg, 2006; Batey y Furnham, 2008). También, el factor cognitivo-perceptual ha mostrado estar relacionado con el autoconcepto positivo (Fumero y De Miguel, 2013).

Los resultados de la investigación previa no parecen ser concluyentes, aunque en general sugieren una relación inversa entre los síntomas de la esquizotipia y el bienestar y se ha encontrado que algunos de esos síntomas tienen una relación directa con el bienestar. En la presente investigación se pretende analizar si existe conexión entre los distintos síntomas esquizotípicos y los indicadores de bienestar. Centrándonos no sólo en el bienestar subjetivo (Cohen y Davis, 2009; Abbott y Byrne, 2012; Abbott, Do y Byrne, 2012) sino en el psicológico, que no ha sido analizado previamente. En base a los estudios previos nos planteamos las siguientes hipótesis: 1) Encontrar una relación negativa entre la mayor parte de la sintomatología esquizotípica y el bienestar; 2) Identificar los síntomas positivos de la esquizotipia que estarían asociados al bienestar.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra estaba compuesta por 85 estudiantes de Psicología de la Universidad de La Laguna, 83.5% eran mujeres y 16.5% eran hombres. Las edades estaban comprendidas entre 19 y 30 años (Media= 21.58; DT= 3.60).

### *Instrumentos*

*Cuestionario de Personalidad Esquizotípica -SPQ-* (Raine, 1991). Es un cuestionario compuesto por 74 ítems dicotómicos (Si/No). Mayor puntuación en la escala supone una mayor sintomatología esquizotípica. El SPQ evalúa nueve subescalas o factores, los factores de primer orden, que consisten en las *ideas de referencia, ansiedad social excesiva, creencias extrañas y pensamiento mágico, experiencias perceptuales inusuales, conductas excéntricas y bizarras, aislamiento social, lenguaje raro, aplanamiento afectivo y, suspicacia* y tres factores de segundo orden, el *cognitivo-*

*perceptual, interpersonal y desorganizado*. La escala también permite obtener una puntuación global de sintomatología esquizotípica. Tiene una fiabilidad test-retest de .82 y alta consistencia interna de .91 (Raine, 1991). En el cuestionario administrado a población española la consistencia interna era de .61 a .69 (Fonseca Pedrero et al., 2011; Fonseca Pedrero et al., 2010).

*Escala de Satisfacción con la Vida –SWLS-* (Diener et al., 1985). Evalúa el juicio cognitivo del individuo acerca de la satisfacción global con su propia vida comparando sus circunstancias vitales con un estándar particular. La SWLS está compuesta por cinco ítems, cada ítem se responde mediante una escala que va de 1 (nada satisfecho) a 7 (muy satisfecho). El rango de puntuación oscila de 5 a 35 puntos. La fiabilidad test-retest es de .82 y la consistencia interna de la escala original es de .87 (Diener et al., 1985).

*Escalas de Afecto Positivo y Negativo –PANAS-* (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Evalúa el componente afectivo del bienestar subjetivo en una escala de 0 (nada) a 7 puntos (mucho), indagando acerca de las emociones positivas y las emociones negativas presentes en el momento de contestar la prueba. Está compuesta de 20 calificativos, 10 positivos y otros 10 negativos, la puntuación total en cada escala oscila entre 0 y 70 puntos. La fiabilidad de la escala original se encuentra entre .83 y .90 para la escala de emociones positivas y entre .85 y .91 para emociones negativas (Watson et al., 1988).

*Escalas de Bienestar Psicológico* (Ryff y Keyes, 1995). Mediante una medida de autoinforme se evalúan 6 escalas sobre el funcionamiento psicológico positivo o bienestar psicológico: *auto-aceptación*, referida a satisfacción con uno mismo; *relaciones positivas con los otros*, en el sentido de confiar en los demás y tener relaciones íntimas satisfactorias; *autonomía* que consiste en mantener la independencia y la autoridad personal; *dominio del entorno*, para manejar el ambiente de modo favorable; *propósito en la vida*, referida a tener objetivos en la vida y marcarse metas con sentido y significado; y *crecimiento personal* que supone el desarrollo continuado de las potencialidades. La prueba consta de 84 ítems que se responden en una escala que va desde 1 (nada) a 6 (mucho). En cada dimensión evaluada el rango de puntuación se



encuentra entre 14 y 84 puntos. La fiabilidad test-retest oscila entre .81 y .88 y la consistencia interna de las escalas entre .86 y .93 (Ryff y Keyes, 1995).

*Entrevista semiestructurada.* La entrevista fue elaborada a fin de obtener datos sociodemográficos e información relacionada con la satisfacción en dominios vitales. Los datos sociodemográficos que se registraron fueron la edad, el género y el nivel de estudios. La satisfacción en áreas vitales estaban referidas a los dominios de satisfacción con la pareja, trabajo, estudios, ocio y salud. Se midieron mediante una escala tipo Likert que oscilaba entre 0 (no estoy satisfecho/a) y 4 (totalmente satisfecho/a).

### *Procedimiento*

La recogida de la información fue llevada a cabo mediante la cumplimentación de diversas pruebas administradas a estudiantes de Psicología durante sesiones de clase, previamente se informó de los objetivos del pase de pruebas, del anonimato y la confidencialidad. La cumplimentación se realizó en el período de un cuatrimestre.

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. En un primer momento se aplicó un análisis de correlación de Pearson para analizar la relación entre variables de bienestar y todas las escalas de esquizotipia. Seguidamente se realizaron correlaciones parciales para conocer la relación de los factores de segundo orden de esquizotipia y los indicadores de bienestar, eliminando la varianza común de los otros factores de esquizotipia. Por último, se llevaron a cabo diferentes análisis de regresión múltiple con el método hacia adelante, donde se estimó qué factores de la esquizotipia predecían los distintos indicadores de bienestar subjetivo y psicológico.

## **Resultados**

Mediante la correlación de Pearson se analizaron las relaciones entre los nueve factores de primer orden, los tres de segundo orden y la puntuación total en esquizotipia con los distintos indicadores de bienestar subjetivo y psicológico. En la tabla 1 se observa que todos los indicadores de bienestar subjetivo y psicológico, excepto las

emociones positivas y la satisfacción con la pareja y con los estudios mostraron relaciones significativas y negativas con la puntuación global en esquizotipia.

Todos los indicadores de bienestar subjetivo y psicológico se relacionaron significativa y negativamente con la mayor parte de los factores de primer orden de esquizotipia, a excepción de las ideas de referencia, que mostraron una relación positiva y significativa con emociones positivas, emociones negativas, satisfacción con estudios y con el ocio.

En cuanto a los factores de segundo orden, el factor interpersonal fue el que se relacionó negativamente con la mayor parte de los indicadores de bienestar subjetivo y psicológico, excepto con satisfacción con los estudios. El factor cognitivo-perceptual y el desorganizado también se asociaron negativamente con gran parte de los indicadores de bienestar, a excepción de emociones positivas y crecimiento personal. Los resultados de las correlaciones parciales indican que el factor cognitivo-perceptual guarda una relación directa con las emociones positivas, la satisfacción con los estudios y con el ocio (ver Tabla 2). El factor interpersonal se relacionó negativamente con todos los indicadores de bienestar, salvo con satisfacción con los estudios y propósito en la vida. El factor de desorganización solo mostró relaciones negativas y significativas con la satisfacción con los estudios, satisfacción con el ocio y propósito en la vida.

Los análisis de regresión indicaron que las ideas de referencia, el aislamiento social, el lenguaje raro y la suspicacia fueron los principales predictores del bienestar subjetivo (ver Tabla 3). Las ideas de referencia contribuyeron positivamente a la presencia de emociones positivas y la suspicacia a incrementar la satisfacción con los estudios.

El bienestar psicológico fue explicado principalmente por la ansiedad social excesiva, el aislamiento social, el aplanamiento afectivo y el lenguaje raro (ver Tabla 4). La presencia de esta sintomatología se asoció a bajo bienestar psicológico.

## **Discusión**

En el presente estudio se analiza la relación entre los síntomas de la esquizotipia y el bienestar, así como la intensidad y dirección de dicha asociación. En estudios anteriores se encuentra evidencia de una relación negativa entre bienestar y esquizotipia (Chen et al., 2006; Cramer et al, 2006). Sin embargo, se ha detectado que determinados síntomas esquizotípicos se relacionan positivamente con el bienestar (Abbott, Do y Byrne, 2012).

Tal y como se esperaba, presentar alta sintomatología esquizotípica se asocia a menor bienestar subjetivo y psicológico coincidiendo con estudios previos (Cohen y Davis, 2009). Sin embargo, se ha encontrado que algunos síntomas de la esquizotipia tienen un efecto positivo favoreciendo el bienestar. Concretamente, las ideas de referencia y la suspicacia se relacionaron positivamente con emociones positivas, satisfacción con los estudios y satisfacción con el ocio, por lo que no todos los síntomas de la esquizotipia evidencian una disminución del bienestar, tal como se refleja en otros estudios (Cummins, 2010). Esto puede deberse a que las ideas de referencia estarían actuando como un mecanismo para que el individuo se sienta valorado y de ahí el incremento de las emociones positivas. Estudios anteriores indican que las personas con esquizotipia que presentan percepciones anómalas las interpretan como emocionalmente positivas y muy significativas (Hardy, 1979; Maxwell y Tschudin, 1990). Además, las experiencias inusuales propias del factor cognitivo-perceptual se asocian con un sentido de significado en la vida, con el optimismo y con el ocio y el bienestar (Kennedy, Kanthamani y Palmer, 1994; Kennedy y Kanthamani, 1995). El factor interpersonal ha mostrado ser el que repercute más negativamente en el bienestar, por lo que la esquizotipia podría estar afectando principalmente a las relaciones sociales.

Los síntomas de esquizotipia negativa se relacionan de manera inversa con la mayor parte de los indicadores de bienestar y de forma positiva con las emociones negativas. De hecho, la investigación previa ha mostrado que el afecto negativo elevado puede estar comprometido con la esquizotipia en su conjunto y, específicamente de la sintomatología negativa (por ejemplo, Braunstein-Bercovitz, 2000; Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2011; Horan, Brown y Blanchard, 2007; Lewandowski et al, 2006; Rey, Jouvent, y Dubal, 2009; Stelton y Ferraro, 2008).

En nuestro estudio, las ideas de referencia y el bajo aislamiento social predicen las emociones positivas. En el trabajo de Abbott y Byrne (2013) la presencia de ideas de referencia también se asociaba a mayor bienestar subjetivo. Además, en nuestra investigación la suspicacia se relaciona de forma positiva y significativa con la satisfacción con los estudios. Este resultado podría indicar que poseer cierto recelo o sospecha puede actuar como una alerta que previene al individuo de posibles problemas y repercute en su satisfacción con los estudios. Sin embargo, otros trabajos han encontrado una relación negativa entre el factor cognitivo-perceptual y el funcionamiento académico (Cohen y Davis, 2009).

Aunque los resultados apuntan el efecto positivo que pueden tener algunos síntomas esquizotípicos en el bienestar hay que tomarlos con precaución. Una de las limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra, que está formada por estudiantes universitarios de psicología y que consta mayoritariamente de mujeres, por lo que en el futuro habría que ampliar el número de participantes a fin de contar con una muestra más representativa de la población general.

Los hallazgos revelan un efecto beneficioso de la esquizotipia que sugiere ciertas implicaciones prácticas, en el sentido de que determinados síntomas como las ideas de referencia y la suspicacia pueden generar emociones positivas y favorecer el bienestar en áreas vitales concretas. En el futuro sería interesante continuar el estudio de la relación entre esquizotipia y bienestar, a fin de reconocer un cierto componente benigno en la esquizotipia que pueda suponer un potencial terapéutico y no sólo centrarse en la patologización de dicho rasgo.

TABLA 1

*Correlaciones entre Esquizotipia con Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico*

	Ideas de referencia	Pensamiento mágico	Experiencias perceptuales inusuales	Suspiciacia	Ansiedad social excesiva	Aislamiento social	Aplanamiento afectivo	Conducta excéntrica	Lenguaje raro	Cognitivo perceptual	Interpersonal	Desorganizado	SPQ TOTAL
Felicidad	-.25**	.00	-.23*	-.38**	-.42**	-.49**	-.40**	-.30**	-.26*	-.35**	-.52**	-.33**	-.48**
Emociones positivas	.07	.05	.01	-.06	-.22*	-.38**	-.34**	-.06	-.20	.00	-.29**	-.16	-.19
Emociones negativas	.41**	.00	.35**	.48**	.43**	.50**	.48**	.28**	.40**	.47**	.57**	.39**	.58**
Satisfacción vital	-.21	-.05	-.23*	-.32**	-.39**	-.37**	-.32**	-.25*	-.30**	-.29**	-.43**	-.31**	-.42**
Satisfacción pareja	-.09	-.03	.00	-.13	-.27**	-.23*	-.05	-.11	.00	-.09	-.22*	-.05	-.16
Satisfacción estudios	.03	.05	-.04	.05	-.19	-.18	-.23*	-.09	-.37**	.02	-.16	-.28**	-.17
Satisfacción salud	-.28**	.00	-.19	-.36**	-.33**	-.33**	-.16	-.20	-.14	-.31**	-.38**	-.19	-.35**
Satisfacción ocio	.06	.03	-.04	-.13	-.14	-.30**	-.29**	-.27**	-.25*	-.03	-.25*	-.29**	-.22*
Autonomía	-.39**	-.09	-.24*	-.36**	-.50**	-.38**	-.45**	-.14	-.33**	-.39**	-.52**	-.27*	-.50**
Dominio del entorno	-.18	.07	-.28**	-.33**	-.36**	-.51**	-.43**	-.32**	-.38**	-.29**	-.49**	-.41**	-.48**
Crecimiento personal	-.14	.00	-.09	-.29**	-.48**	-.41**	-.26*	-.12	-.22*	-.21	-.45**	-.20	-.36**
Relaciones positivas	-.35**	-.05	-.25*	-.37**	-.40**	-.44**	-.55**	-.11	-.31**	-.37**	-.53**	-.24*	-.48**
Propósito en la vida	-.26*	-.09	-.25*	-.25*	-.36**	-.40**	-.41**	-.31**	-.48**	-.31**	-.43**	-.46**	-.48**
Auto-aceptación	-.22*	-.08	-.24*	-.38**	-.47**	-.53**	-.52**	-.27*	-.41**	-.34**	-.57**	-.40**	-.54**

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

Nota: SPQ TOTAL= Puntuación Total en el Cuestionario de Personalidad Esquizotípica.

TABLA 2  
*Correlaciones Parciales entre Factores de Esquizotipia y las Variables de Bienestar*

	Cognitivo perceptual	Interpersonal	Desorganizado
Felicidad	.03	-.38***	-.07
Emociones positivas	.32**	-.37***	-.09
Emociones negativas	.09	.36***	.10
Satisfacción vital	.03	-.29**	-.11
Satisfacción pareja	.06	-.22*	.05
Satisfacción estudios	.26**	-.15	-.30**
Satisfacción salud	-.08	-.23*	.03
Satisfacción ocio	.26**	-.25*	-.26*
Autonomía	-.05	-.37***	-.02
Dominio del entorno	.07	-.29*	-.20
Crecimiento personal	.16	-.43***	-.01
Relaciones positivas	-.01	-.39*	.03
Propósito en la vida	.04	-.20	-.30**
Auto-aceptación	.11	-.43***	-.17

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

**TABLA 3**  
*Regresión entre Factores de Esquizotipia y las Variables de Bienestar Subjetivo*

	Felicidad			Emociones positivas			Emociones negativas			Satisfacción vital			Satisfacción pareja			Satisfacción estudios			Satisfacción salud			Satisfacción ocio			
	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	
Ideas de referencia				.24*	.17	9.94***																			
Ansiedad social excesiva																									
Aislamiento social																									
Lenguaje raro																									
Suspiciacia																									

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

**TABLA 4**  
*Regresión entre Factores de Esquizotipia y las Variables de Bienestar Psicológico*

	Autonomía			Dominio del entorno			Crecimiento personal			Relaciones positivas			Propósito en la vida			Auto-aceptación			
	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	$\beta$	R <sup>2</sup> adj	F	
Ansiedad social excesiva																			
Aislamiento social																			
Lenguaje raro																			
Aplanamiento afectivo																			

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

## Referencias

Abbott, G. R., y Byrne, L. K. (2012). Schizotypy and subjective well-being in university students. *Psychiatry Research*, *196*, 154-156.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.013>

Abbott, G., y Byrne, L. K. (2013). Schizotypal traits are associated with poorer identification of emotions from dynamic stimuli. *Psychiatry Research*, *207*, 40-44.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.005>

Abbott, G. R., Do, M., y Byrne, L. K. (2012). Diminished subjective wellbeing in schizotypy is more than just negative affect. *Personality and Individual Differences*, *52*, 914-918. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.018>

Andrews, F. y Withey, S. (1976). *Social indicators of well being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum.

Argyle, M. (1992). *La Psicología de la Felicidad*. Madrid: Alianza.

Batey, M., Furnham, A., 2008. The relationship between measures of creativity and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *45*, 816-821.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.014>

Boden, T. M., y Berenbaum, H. (2004). The potentially adaptive features of peculiar beliefs. *Personality and Individual Differences*, *37*, 707-719.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2003.10.004>

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, IL: Aldin.

Bradbury, D. A., Stirling, J., Cavill, J., y Parker, A. (2009). Psychosis-like experiences in the general population: An exploratory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, *46*, 729-734. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710001005>

Braunstein-Bercovitz, H. (2000). Is the attentional dysfunction in schizotypy related to anxiety? *Schizophrenia Research*, *46*, 255-267.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00021-9)



Chen, H., Cohen, P., Crawford, T.N., Kasen, S., Johnson, J.G., Berenson, K., (2006). Relative impact of young adult personality disorders on subsequent quality of life: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders* 20, 510–523. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.510>

Claridge, G. S. (1995). *The origins of mental illness*. Cambridge, MA: Malor Books.

Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press.

Cohen, A.S., Davis III, T.E., 2009. Quality of life across the schizotypy spectrum: findings from a large nonclinical adult sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 408–414. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.002>

Cohen, A. S., y Matthews, R. A. (2010). Primary and secondary negative schizotypal traits in a large non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 49, 419–424. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.04.010>

Cramer, V., Torgersen, S., Kringlen, E., (2006). Personality disorders and quality of life: a population study. *Comprehensive Psychiatry* 47, 178–184. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>

Cummins, R., 2010. Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: a synthesis. *Journal of Happiness Studies* 11, 1–17.

Díaz, E. M., y Alvarado, N. R. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región del Maule. *Universum. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 2, 184-200.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1–43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)

Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., y Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research*, 56, 171-185. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00230-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00230-4)

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra- Baigrie, S., Villazón-García, U., García-Portilla González, M. P. y Muñiz, J. (2010). Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade Hallucination Scale-revised in college students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 26, 41-48.

Fonseca Pedrero, E., Paino, M., Lemos Giráldez, S., Sierra Baigrie, S., Ordóñez Cambor, N., y Muñiz, J. (2011). Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*, 23, 87-93.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giraldez, S., y Muniz, J. (2011). Schizotypal traits and depressive symptoms in nonclinical adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 293–300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.001>

Fowles, D. C. (1992). Schizophrenia: Diathesis-stress revisited. *Annual Review of Psychology*, 43, 303-336. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ps.43.020192.001511>

Fumero, A. y De Miguel Negredo, A (2013). Psicopatología y autoconcepto en esquizotipia modulada por la sintomatología esquizofrénica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 249-256.

García-Alvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M., Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., y Burón-Fernández, P. (2013). Reconocimiento de caras en la esquizotipia. *Anales de Psicología*, 29, 791-799. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.125131>

Goulding, A. (2004). *Mental health aspects of paranormal and psi: Related experiences*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología. Universidad de Goteborg. Suecia.

Hardy, A. C. (1979). *The spiritual nature of man*. Oxford: Clarendon.

Hayes, J. (2012). *Schizotypy and the Role of Coping Behaviors in the Experience of Positive and Negative Affect*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología. Universidade Rowan. USA.

Horan, W. P., Brown, S. A., y Blanchard, J. J. (2007). Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping. *Psychiatry Research*, *149*, 147–156. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.06.002>

Horan, W. P., Blanchard, J. J., Clark, L. A., y Green, M. F. (2008). Affective traits in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 856-874. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbn083>

Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S., y Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, *51*, 171–180. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00151-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00151-6)

Jovanovic, V. (2011). Personality and subjective well-being: One neglected model of personality and two forgotten aspects of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *50*, 631–635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.12.008>

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (2003). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.

Kennedy, J. y Kanthamani, H. (1995). Association between anomalous experiences and artistic creativity and spirituality. *Journal of the American Society for Psychical Research*, *89*, 333-341.

Kennedy, J., Kanthamani, H. y Palmer, J. (1994). Psychic and spiritual experiences, health and well-being, and meaning in life. *Journal of Parapsychology*, 58, 353-383.

Lemos, S., Inda, M., López, A., Paíno, M. y Besteiro, J. (1999). Valoración de los componentes esenciales de la esquizotipia a través de medidas neurocognitivas. *Psicothema*, 11, 477-494.

Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., y Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 83, 225–235.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.024>

Maldonado, J. G., García, M. F., y Urizar, A. C. (2006). Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Psicothema*, 18, 433-438.

Marrero, R. J., y Carballeira, M. (2010). Contacto con la naturaleza y bienestar personal. *Psyecology*, 1, 309-320.

Maxwell, M. y Tschudin, V. (1990). *Seeing the invisible: Modern religious and other transcendent experiences*. New York, NY: Arkana.

Meehl, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.

Nettle, D., 2006. Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, 40, 876–890.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.004>

Nettle, D., Clegg, H., 2006. Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings. Biological Sciences / The Royal Society*, 273, 611–615.  
<http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2005.3349>

Parra, A., Espinosa, L. (2010). Comparación entre la esquizotipia positiva y perturbadora con la espiritualidad y las experiencias paranormales en población no clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 163-172.

Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, K., Joobar, R., y Malla, A. K. (2011). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129, 29-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.022>

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.

Rado, S. (1960). Theory and therapy: The theory of schizotypal organization and its application to the treatment of decompensated schizotypal behavior. En S. C. Scher y H. R. Davis (Eds.), *The outpatient treatment of schizophrenia* (pp. 87-101). New York: Grune y Stratton.

Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555.

Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N. y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganised features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 191-201.

Rey, G., Jouvent, R., y Dubal, S. (2009). Schizotypy, depression, and anxiety in physical and social anhedonia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 695–708.

Ryff, C. y Keyes, C. (1995). “The estructure of psychological well-being revisited”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Schimmack, U. (2008). The structure of subjective wellbeing. En M. Eid y R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97–123). New York: Guilford.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness*. Nueva York: Free Press.

Stelton, S., y Ferraro, F. R. (2008). The effect of anxiety on the cognitive functioning in non-clinical schizotypal individuals. *Current Psychology*, 27, 16. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-008-9021-2>

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.

Watson, D., y Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839-848. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.002>

Williams, L. M., y Irwin, H. J. (1991). A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy, and cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 12, 1339-1348. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90210-3](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(91)90210-3)