

CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGIA  
Madrid, 5-10 de Julio de 1992

DISCRIMINACION ENTRE ESQUIZOFRENICOS Y NORMALES POR MEDIO DEL  
INDICE DEL PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO DE WHITAKER (WIST).

M. FERNANDEZ, J.A. MUELA, G. ROLDAN, A. CATENA, A.E. PUENTE y  
J.F. GODOY

La esquizofrenia sigue siendo hoy uno de los trastornos más complejos y menos conocidos. Entre sus múltiples manifestaciones, la alteración del pensamiento, en su curso y en su contenido, es uno de los aspectos clínicos más señalados en cualquiera de las descripciones de la misma.

Whitaker (1973) sugirió que el pensamiento esquizofrénico podría definirse como ilógico, deteriorado y falta de juicio o conciencia y elaboró un instrumento para su medida: el Índice del Pensamiento Esquizofrénico de Whitaker (WIST).

El WIST tiene dos versiones, A y B, de idéntica estructura, aunque de contenido diferente. La Forma A tiende a provocar tensión o inquietud. Generalmente, la palabra, serie de palabras o frase que constituye el estímulo, encierran un significado que causa tensión o inquietud, igual que muchas de las opciones. En cambio, en la Forma B las palabras, series de palabras o frases que sirven de estímulo están desprovistas de cualquier significado literal que pudiera provocar tensión.

La primera página de ambas formas presenta unas breves instrucciones generales. Sendas versiones constan de 25 ítems repartidos en tres secciones: Semejanzas (9 ítems), Pares (9 ítems) e Invenciones (7 ítems).

Cada sección va precedida de unas instrucciones breves y de un ejemplo y cada ítem, en ambas versiones, presenta una palabra, frase u oración, a modo de estímulo, con cinco posibles respuestas ordenadas al azar.

Las instrucciones indican que el individuo debe marcar con una equis el espacio correspondiente a la respuesta seleccionada. Esta característica exige que el individuo responda de una manera definitiva, ya que no le permite ser ambiguo, bien por medio de una respuesta parcial o múltiple, bien por medio de la invención de sus propias contestaciones.

La exigencia de una selección definitiva también sirve para limitar la oportunidad del individuo para hablar de las respuestas con el examinador. La tarea del examinador es animar al individuo a escoger una respuesta pero nunca influir en su decisión.

Responder acertadamente en cada una de las secciones exige que el individuo formule su respuesta por medio de un proceso de raciocinio y en todos los items hay un elemento que aumenta la probabilidad de que el deterioro racional se demuestre.

Las respuestas se valoran así: respuesta correcta, valor 0; respuesta errónea pero que muestra una asociación con el estímulo, valor 1; respuesta errónea pero que muestra una autorreferencia para el sujeto, valor 2, respuesta errónea pero que muestra una asociación por rima con el estímulo, valor 3 y respuesta muy errónea por consistir en una palabra, frase u oración inexistente, valor 4.

El Resultado Total cuantitativo se obtiene sumando los valores de las opciones elegidas por el sujeto en cada sección. A este valor se suma el tiempo, en minutos, empleado en completar todas las respuestas para obtener el índice WIST.

Desde su publicación, han sido varios los estudios que sobre el WIST se han realizado (Acebedo, Gonzales, Puente y Whitaker, 1985; Albott y Gilbert, 1973; Dobson y Neufeld, 1980; Fishkin, Lovallo y Pishkin, 1977; Newmark, Simpson y Jones, 1978; Puente y Sanders, 1981; Yarous, 1982); aunque aún existen bastantes cuestiones importantes que resolver con respecto a este instrumento. Una de ellas es la que tiene que ver con su inespecificidad lingüística y cultural. En este sentido, Yarous (1982) probó que la traducción del instrumento al alemán, administrado tanto a esquizofrénicos como a no esquizofrénicos, hospitalizados, discriminaba con fiabilidad entre unos y otros. De manera similar Acebedo et al. (1985) examinaron la eficacia del WIST en una traducción al castellano administrada a puertorriqueños, por ser éstos hispanoparlantes y culturalmente diferentes (así se disponía de variables lingüísticas y culturales). Los resultados obtenidos eran similares a los de Yarous (1982) en la traducción alemana, y viene a respaldar la idea de que el WIST no está sesgado lingüística ni culturalmente.

En esta línea, el objetivo principal del presente trabajo fue doble:

- 1) Examinar la eficacia del WIST, en la versión castellana realizada por A.E. Puente (Universidad de North Carolina), adaptada para la población española por J.F. Godoy (Universidad de Granada) como discriminador eficaz entre pacientes esquizofrénicos y normales, así como entre diferentes subgrupos de esquizofrénicos (agudos y crónicos, paranoides y no paranoides) y normales (no universitarios y universitarios), en sujetos españoles, población culturalmente diferente de aquella para la que se realizó la traducción al castellano de Puente.
- 2) Comprobar las posibles diferencias existentes entre las dos

formas (A y B) del WIST.

## METODOLOGIA

### Sujetos y grupos

Los sujetos que participaron en este estudio fueron 147 sujetos de ambos sexos, actualmente residentes en Málaga y provincia, aunque muchos de ellos eran procedentes de diferentes ciudades españolas, y todos voluntarios para el estudio.

La muestra estuvo formada por hombres (76) y mujeres (71), con edades comprendidas entre los 19 y 61 años y en todos los casos poseían una educación como mínimo de enseñanza primaria. En cada caso, los sujetos leían, comprendían y completaban la versión del WIST utilizada en este estudio.

Los grupos de sujetos fueron formados por pacientes internos, diagnosticados de esquizofrenia por el equipo médico del centro según el DSM-III-R, de los hospitales psiquiátricos "San José", "Sagrado Corazón" y "Hospital Universitario", de Málaga capital, por alumnos universitarios de las Facultades de Psicología y Empresariales y por sujetos normales, equiparados a los sujetos esquizofrénicos en sus características demográficas y socioculturales.

La inclusión de un grupo de estudiantes universitarios fue decidida para conocer posibles diferencias en la ejecución del WIST entre normales y estudiantes universitarios, al haberse incluido en otros trabajos (Acebedo et al., 1985) a un grupo de estudiantes universitarios como único control.

Así, se formaron seis grupos, cuyas características y composición fueron:

- G1: Esquizofrénicos paranoides agudos (EPA) (N=20)
- G2: Esquizofrénicos no paranoides agudos (ENPA) (N=10)
- G3: Esquizofrénicos paranoides crónicos (EPC) (N=19)
- G4: Esquizofrénicos no paranoides crónicos (ENPC) (N=16)
- G5: Normales (N) (N=41)
- G6: Normales universitarios (NU) (N=41)

Los grupos de esquizofrénicos crónicos fueron formados por sujetos hospitalizados continuamente durante más de un año, mientras que los grupos de agudos estuvieron compuestos por sujetos esquizofrénicos, con uno o más de un episodio, pero que no habían sido hospitalizados durante el año anterior. La dimensión paranoide/no paranoide dependió del diagnóstico del equipo médico del respectivo centro.

### Procedimiento

En los grupos clínicos, después de una primera selección de sujetos según el criterio diagnóstico para su inclusión en el estudio, se comprobó si sus datos biográficos (sexo, edad y nivel educativo) eran adecuados. Entonces, a los que voluntariamente quisieron participar en el estudio, se les administró la traducción española del WIST modificada, a unos en la Forma A, a otros la Forma A e inmediatamente después la B y a otros la Forma B e inmediatamente después la A. El contrabalanceo de la formas A-B se efectuó para eliminar posibles disminuciones en las puntuaciones de tiempo debidas al efecto de aprendizaje.

Las normas de aplicación fueron las que son estándar en el WIST, ya descritas en el apartado anterior. Se usaron las instrucciones del WIST para comprobar que efectivamente los sujetos leían y comprendían lo leído. La prueba comenzaba diciéndole al sujeto que escribiese su nombre, apellidos, edad, nivel educativo y fecha, indicándole los espacios correspondientes en la hoja de examen. A continuación se le pedía que leyera las instrucciones y se le indicaba que al terminar podrían repasar, si querían, las respuestas con el examinador.

Tras ello, el examinador se distanciaba del sujeto lo suficiente, como, para que sin que éste se percatara, poder observarlo y comprobar que realizaba su tarea. Si durante el examen el sujeto hacía preguntas sobre alguno de los items se le contestaba "cuando haya terminado revisaré las preguntas con usted" y si insistía se le volvía a repetir lo mismo o se le ignoraba. Sistemáticamente, a todos aquellos sujetos clínicos y no clínicos a los que se les pasaba una sola forma (Forma A) se les incluía la entrevista post-test.

El cronómetro se ponía en marcha en el momento en que el sujeto empezaba a leer las instrucciones primeras, una vez completados los datos, y se paraba en el momento en que el sujeto indicaba que había terminado.

Los criterios de puntuación fueron también los criterios estándar del WIST.

## RESULTADOS

Para conocer la posible existencia de diferencias entre los grupos clínicos y el de normales no universitarios, se realizó un análisis, utilizando la prueba de  $X^2$ , sobre la distribución de sujetos por niveles socioculturales. Este análisis no mostró diferencias estadísticamente significativas ( $X^2,4=4.24;NS$ ), por lo que podemos asumir que estos grupos son homogéneos, lo que es coherente con el sistema utilizado de formación de los grupos.

Dada esta homogeneidad entre grupos, a continuación presentamos los resultados obtenidos en la aplicación del WIST, primero, en la Forma A y, posteriormente, en la B.

Se realizó un Análisis de Varianza para un diseño unifactorial entre grupos (esquizofrénicos paranoides agudos, esquizofrénicos no paranoides agudos, esquizofrénicos paranoides crónicos, esquizofrénicos no paranoides crónicos, normales no universitarios y normales universitarios) de la puntuación en Índice A observándose diferencias estadísticamente significativas ( $F_{5,141}=23.11;p<.01$ ).

El análisis de comparaciones a posteriori con el test de Newman-Keuls, p fijada en .05, mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 3 (esquizofrénicos paranoides crónicos), 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos), 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 5 (normales no universitarios), 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 6 (normales universitarios), 2 (esquizofrénicos no paranoides agudos) y 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos), 2 (esquizofrénicos no paranoides agudos) y 5 (normales no universitarios), 2 (esquizofrénicos no paranoides agudos) y 6 (normales universitarios), 3 (esquizofrénicos paranoides crónicos) y 5 (normales no universitarios), 3 (esquizofrénicos paranoides crónicos) y 6 (normales universitarios), 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos) y 5 (normales no universitarios) y 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos) y 6 (normales universitarios).

El grupo 1 obtuvo puntuaciones ( $X=28.80$ ) inferiores a los grupos 3 ( $X=37.00$ ) y 4 ( $X=41.16$ ) y superiores a los grupos 5 ( $X=16.46$ ) y 6 ( $X=12.88$ ), el grupo 2 ( $X=28.00$ ) puntúa menos que el grupo 4 y más que los grupos 5 y 6 y los grupos 3 y 4 obtuvieron puntuaciones superiores a los grupos 5 y 6.

Igualmente, se realizó un Análisis de Varianza para un diseño unifactorial entre grupos (esquizofrénicos paranoides agudos, esquizofrénicos no paranoides agudos, esquizofrénicos paranoides crónicos, esquizofrénicos no paranoides crónicos, normales no universitarios y normales universitarios) de la puntuación en Índice B; observándose diferencias estadísticamente significativas ( $F_{5,100}=14.17;p<.01$ ).

El análisis de comparaciones a posteriori con el test de Newman-Keuls, p fijada en .05, mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 5 (normales no universitarios), 1 (esquizofrénicos paranoides agudos) y 6 (normales universitarios), 2 (esquizofrénicos no paranoides agudos) y 5 (normales no universitarios), 2 (esquizofrénicos no paranoides agudos) y 6 (normales universitarios), 3 (esquizofrénicos paranoides crónicos) y 5 (normales no universitarios), 3 (esquizofrénicos paranoides crónicos) y 6 (normales universitarios), 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos) y 5 (normales no universitarios) y 4 (esquizofrénicos no paranoides crónicos) y 6 (normales universitarios).

universitarios).

Los grupos 1 ( $X=26.08$ ), 2 ( $X=26.75$ ), 3 ( $X=30.80$ ) y 4 ( $X=34.60$ ) obtuvieron puntuaciones muy superiores a los grupos 5 ( $X=12.85$ ) y 6 ( $X=11.22$ ).

### DISCUSION

Los resultados de esta aplicación no difieren notablemente de los obtenidos en pasadas aplicaciones del WIST, aunque son ciertamente diferentes de los obtenidos en la única aplicación de una versión castellana del WIST (Forma A) a sujetos puertorriqueños (Acebedo et al., 1985). En nuestro caso, existen las mismas diferencias significativas entre los grupos, si bien nuestros sujetos no puntúan tan alto como en la muestra puertorriqueña, aproximándose su ejecución a la de las muestras americanas.

Ciertamente, en nuestro caso, las muestras han sido más amplias.

Vistos desde una perspectiva general, nuestros resultados indican que el WIST, en la versión que nosotros hemos aplicado, discrimina convenientemente entre esquizofrénicos y normales y entre diferentes subgrupos de esquizofrénicos, agudos y crónicos, paranoides y no paranoides.

Por otra parte, salvo en Invenciones (Forma A), no aparecieron diferencias entre los grupos de normales (universitarios y no universitarios), por lo que cabe sospechar que esta dimensión no afecta a los resultados del WIST, validándose así ciertos estudios anteriores, que utilizaron como único grupo de control una muestra de estudiantes universitarios.

Por lo que se refiere a las formas, en nuestro caso, ambas formas (A y B) se han revelado útiles para discriminar entre sujetos esquizofrénicos y normales, si bien nuestros datos parecen indicar un menor poder discriminativo en la forma B, quizá debido al menor número de sujetos que pasaron dicha forma en cada grupo.

## REFERENCIAS

- ACEVEDO, N., GONZALES, M.A., PUENTE, A.E. y WHITAKER, L.C. (1985). The measurement of schizophrenic conceptualization using a Spanish translation of the Whitaker Index of Schizophrenic Thinking. Journal of Clinical Psychology, 41, 157-161.
- ALBOTT, W.I. y GILBERT, L.G. (1973). Comparison of non-brain-damage schizophrenic and brain-damage non schizophrenic males on the WIST. Psychological Reports, 32, 187-193.
- DOBSON, J.G., y NEUFELD, W.J. (1980). Relationship between the Whitaker Index of Schizophrenic Thinking and intelligence in paranoid and nonparanoid schizophrenics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 92-94.
- FISHKIN, S.M., LOVALLO, W.R. y PISHKIN, V. (1977). Relationship between schizophrenic thinking and MMPI for process and reactive patients. Journal of Clinical Psychology, 33, 116-119.
- NEWMARK, C.S., SIMPSON, M. y JONES, T. (1978). The discriminative validity of the Whitaker Index of Schizophrenic Thinking. Journal of Personality Assessment, 43, 636-643.
- PUENTE, A.E. y SANDERS, C. (1981). Differentiation of schizophrenics with and without brain-damage using the Whitaker Index of Schizophrenic Thinking. Journal of Clinical Psychology, 3, 464-466.
- WHITAKER, L.C. (1973). Whitaker Index of Schizophrenic Thinking: Manual. Los Angeles: Western Publishing Services.
- YAROUS, R.A. (1982). Application of Whitaker Index of Schizophrenic Thinking to a non-English speaking population. Journal of Clinical Psychology, 38, 244-252.