



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

[servpubl@fcu.um.es](mailto:servpubl@fcu.um.es)

Universidad de Murcia

España

Fonseca-Pedrero, Eduardo; Paino, Mercedes; Lemos-Giráldez, Serafín; Muñiz, José  
Nuevos desarrollos en la detección de jóvenes con riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico

Anales de Psicología, vol. 27, núm. 2, mayo, 2011, pp. 333-341

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Nuevos desarrollos en la detección de jóvenes con riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico

Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Páino\*, Serafín Lemos-Giráldez y José Muñiz

Universidad de Oviedo. Instituto de Salud Carlos III. Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

**Resumen:** El número de problemas psicológicos a edades tempranas ha aumentado de forma exponencial en los últimos años, y resulta enormemente relevante la detección precoz de estos casos. El propósito del presente trabajo fue dar a conocer un nuevo autoinforme disponible para la identificación de adolescentes con riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico. Por ello se presenta un estudio empírico llevado a cabo en una muestra de 306 adolescentes, a los que se les administró la versión preliminar del Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q) en el que se examinan sus características psicométricas. Los resultados indicaron adecuadas propiedades psicométricas para el cuestionario, sugiriéndose de este modo su utilidad como instrumento de detección del riesgo de psicosis. Finalmente, se propone su aplicabilidad en el ámbito académico, de cara a la rápida identificación de alumnos con posibles señales de alerta y su posterior derivación a los servicios de salud correspondientes. Futuros trabajos deberían seguir examinando el papel de estos autoinformes en la identificación precoz de aquellos adolescentes con riesgo de presentar trastornos psicológicos graves de diversa índole.

**Palabras clave:** Riesgo de psicosis; Detección temprana; Autoinformes; Esquizotipia; Ámbito académico;

**Title:** New developments in early detection of young people at risk of schizophrenia spectrum disorders.

**Abstract:** The variety of psychological disorders beginning in early developmental stages have exponentially increased in the last decades, and early detection of these cases is extremely relevant. The aim of this work was to introduce a new self-report for the identification of adolescents at risk of schizophrenia spectrum disorders. For this purpose, an empirical study with 306 adolescents is presented, who were assessed with the preliminary version of the *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia* (ESQUIZO-Q), where its psychometric properties are examined. The results indicate that the questionnaire, in this version, shows adequate psychometric properties, being a useful instrument for the detection of psychosis proneness. Finally, its applicability in academic settings is suggested, for a quick detection of these risky students and their subsequent derivation to proper services. Future research should continue exploring the role of these instruments for the early identification of students at high risk of different serious psychological diseases.

**Key words:** Psychosis-proneness; Early detection; Self-reports; Schizotypy; Academic settings.

Los trastornos psicológicos son, y posiblemente serán, uno de los grandes problemas del siglo XXI. Hoy por hoy, en nuestro país, no es raro encontrar en las aulas estudiantes con discapacidades y/o problemas de salud mental de tinte muy variado como son: anorexia y bulimia nerviosa, depresión, trastornos del comportamiento, hiperactividad, abuso de sustancias, fobia social o incluso trastornos mentales severos, como la esquizofrenia o el trastorno obsesivo compulsivo (Costello, Mustillo, Erkanlı, Keeler y Angold, 2003; Fonseca-Pedrero, Páino y Lemos-Giráldez, 2008; López-Soler, Castro Sáez, Alcántara López, Fernández Fernández y López Pina, 2009; Maganto y Garaigordobil, 2010; Martínez et al., 2006; Sánchez-García y Olivares, 2009; Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez y Fonseca-Pedrero, 2009; Viñas, Ballabriga, Canals, Esparró, Ballespí y Doménech-Llaberia, 2008; Zubeldat, Fernández-Parra, Ortega, Vallejo y Sierra, 2009). Actualmente, los sistemas educativos y sanitarios invierten enormes esfuerzos económicos y materiales en la prevención de determinados problemas psicológicos. La importancia de la identificación temprana de alumnos antes de que deriven en un problema psicológico grave es un tema candente dentro de la investigación actual (Cannon, 2005; McGorry, Killackey y Yung, 2008; Vallina, Lemos Giráldez y Fernández, 2006). Pueden encontrarse programas de prevención temprana llevados a cabo con estudiantes que presentan dificultades del aprendizaje, problemas de abuso de drogas, o incluso con aquellos que, por sus características comportamentales, cognitivas o afectivas, presentan un riesgo eleva-

do de padecer algún problema psicológico severo. Básicamente, la idea subyacente a todo programa de prevención temprana de los trastornos psicológicos graves es la creencia de que una detección precoz del problema, sea de la índole que sea, junto a una adecuada intervención, mejorarán el pronóstico de la persona, retardando la aparición del problema e incluso evitando su aparición. En el caso de aparición del trastorno, los estudios demuestran una recuperación más rápida, disminuyendo así el tiempo de hospitalización, así como una reducción de la gravedad del cuadro y el posterior impacto de la enfermedad en la esfera familiar y personal (McGlashan, 1998; McGlashan y Johannessen, 1996; Vallina et al., 2006). En cuanto al tipo de prevención a aplicar en este ámbito, y teniendo en cuenta la prevalencia del 1% en la población de la esquizofrenia, sería un desperdicio de recursos tratar de llevar a cabo una campaña de prevención universal, por lo que parece más operativo el uso de una estrategia de prevención indicada, centrada en aquellas personas que ya están afectadas por determinados signos y síntomas. El modelo heurístico denominado de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) constituiría un buen marco teórico en el que englobar las estrategias de prevención de los trastornos psicóticos. Dicho modelo es una formulación teórica que ayuda a mejorar la comprensión de las posibles causas que subyacerían a la esquizofrenia, para lo cual combina múltiples factores causales relacionados con la genética y el ambiente (Ingram y Luxton, 2005; Lemos Giráldez, 2003). Este modelo parte del supuesto de que las personas tienen una cierta vulnerabilidad o predisposición hacia determinados problemas psicológicos que puede ser de naturaleza genética, psicológica o adquirida (p. ej., una lesión por

hipoxia cerebral en los momentos cercanos al parto o un evento traumático en la infancia). La vulnerabilidad es entendida aquí como un rasgo estable que se distribuye a lo largo de un continuo psicopatológico, acotado por dos polos que irían desde el estado de salud hasta el estado de enfermedad, si bien dicha estabilidad no significa que la vulnerabilidad sea algo permanente, pudiendo variar con el tiempo (Lemos-Giráldez, 1999; Lemos Giráldez, 2003).

Dentro de los modelos de vulnerabilidad a la esquizofrenia es, asimismo, una referencia obligada citar la teoría de Meehl (1962), así como sus posteriores revisiones (Meehl, 1989, 1990). Para Meehl, la vulnerabilidad constituiría una condición necesaria para el posterior desarrollo de la esquizofrenia, y las personas vulnerables presentarían un defecto en la integración neuronal, derivado de un gen dominante (esquizogen), que daría lugar a la esquizotaxia. Supuestamente, la esquizotaxia, endofenotipo heredado, podría dar lugar tanto a un trastorno grave (la esquizofrenia) como a una alteración clínica moderada (la esquizotipia).

Sin embargo, la vulnerabilidad no es una condición necesaria y suficiente para la aparición del trastorno. Para que esto se produzca se necesita la conjunción de otros factores o procesos ambientales (p. ej., cambio de domicilio, ruptura sentimental, pérdida de un familiar cercano, ingesta de alcohol o drogas y/o infecciones víricas). De esta manera, lo que esta formulación promueve es una interacción dinámica entre la vulnerabilidad y el estrés ambiental, de tal modo que determinados sucesos estresantes pueden potenciar los factores que contribuyen a la vulnerabilidad.

Los trastornos del espectro esquizofrénico acostumbran a presentar una forma de inicio gradual en el tiempo. Los adolescentes que posteriormente desarrollarán un problema psicológico de tipo psicótico suelen exhibir una serie de cambios emocionales, comportamentales, del pensamiento y lenguaje, así como de la personalidad y de las relaciones sociales, bastante antes del inicio del problema, pudiendo estar ya presentes días, meses e incluso años antes de la aparición del problema como tal (Cannon et al., 2008; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie, Villazón-García y Muñiz, 2009; Keshavan, Diwadkar, Montrose, Rajarethnam y Sweeney, 2005; Yung et al., 2006). Dado que estos síntomas y signos se muestran antes del inicio del trastorno, y dado que en la mayoría de los casos son un claro indicativo de un estado mental de riesgo, se han llevado a cabo listados de conductas o señales de alerta que los docentes y orientadores deberían tener presentes (véase Tabla 1) dentro del ejercicio de sus funciones en el contexto escolar (Lemos Giráldez, 2001). En este sentido, los profesores podrían desempeñar un papel relevante y primordial en la identificación y detección temprana de estos alumnos, así como en su posterior derivación hacia los equipos de orientación o los servicios de salud mental.

**Tabla 1:** Señales de alerta en la detección precoz de estudiantes en riesgo de padecer trastornos del espectro esquizofrénico.

Área	Señales de alerta
Conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensación de estar fresco, habiendo dormido mucho menos de lo normal</li> <li>-Cortes autoprovocados; amenazas de automutilación</li> <li>-Excesiva escritura sin sentido</li> <li>-Hiperactividad, inactividad, o alternancia entre ambos estados</li> <li>-Postura, conductas y apariencia raras o extrañas</li> <li>-Graves alteraciones del sueño</li> <li>-Abuso de drogas</li> <li>-Inquietud motriz</li> <li>-Mirada fija, sin pestañear</li> <li>-Falta de aseo o higiene personal</li> </ul>
Afectividad y emociones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risas inoportunas</li> <li>-Incapacidad de llorar o de sentir alegría</li> <li>-Llanto excesivo</li> <li>-Sentimiento de depresión y ansiedad (nerviosismo interior)</li> <li>-Euforia</li> <li>-Emociones no acordes con la situación</li> <li>-Afectividad aplanada</li> </ul>
Pensamiento y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Refiere sensación de cambios en estímulos de la situación circundante</li> <li>-Conversación constante y rápida</li> <li>-Sensibilidad inusual hacia estímulos comunes (ruido, luz,...)</li> <li>-Afirmaciones irracionales</li> <li>-Invención de palabras o un lenguaje nuevo</li> <li>-Problemas de concentración y de memoria</li> <li>-Utilización de palabras peculiares y estructura rara del lenguaje</li> <li>-A menudo parece distraído</li> <li>-Creencia en poderes especiales</li> <li>-Preocupación y obsesión por temas religiosos o por temas "ocultos"</li> </ul>
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambios básicos en la personalidad con respecto a su nivel anterior</li> <li>-Descenso prolongado en la motivación</li> </ul>
Relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensibilidad e irritabilidad en el contacto con los demás</li> <li>-Rechazo a tocar e interactuar con personas u objetos</li> <li>-Desconfianza y suspicacia</li> <li>-Aislamiento social, tendencia a encerrarse</li> <li>-Grave deterioro de las relaciones con las personas</li> <li>-Ansiedad social excesiva en nuevas situaciones sociales</li> </ul>

En los últimos años, diferentes grupos de investigación han avanzado en la construcción y validación de autoinformes que permitan la identificación temprana de este tipo de trastornos (Álvarez-López, Gutiérrez Maldonado y Pueyo, 2006; Fonseca-Pedrero, et al., 2008). Algunos de los instrumentos de medida más relevantes se presentan en la Tabla 2. Estas herramientas de medición han demostrado su validez predictiva en la detección de adolescentes con riesgo de trastornos de tipo psicótico en estudios longitudinales independientes (Dominguez, Wichers, Lieb, Wittchen y van Os, in

press; Gooding, Tallent y Matts, 2005; Kwapil, 1998; Poulton, Caspi, Moffitt, Cannon, Murray y Harrington, 2000). Para estos casos, se selecciona a aquellos estudiantes que presentan un perfil de puntuaciones elevado en determinado/s autoinforme/s y se les hace un seguimiento para determinar qué porcentaje de los adolescentes de riesgo detectados transita con el tiempo hacia un trastorno psicopatológico del espectro psicótico; son los llamados estudios de “alto riesgo psicométrico” (Alvarez-Moya, Barrantes-Vidal, Navarro, Subira y Obiols, 2007; Lenzenweger, 1994). Pues bien, estos estudios indican que los adolescentes y jóvenes adultos detectados como “de riesgo psicométrico” para la

psicosis –con altas puntuaciones en este tipo de tests- al cabo de 5 ó 10 años es más probable que padeczan trastornos del espectro esquizofrénico, en comparación con aquellos que puntuaron bajo, además de que suelen presentar un mayor porcentaje de problemas de tipo emocional, comportamental, atencional, de ajuste interpersonal, social y de otra diversa índole, lo cual es un claro indicativo de su estado mental de riesgo (Fonseca-Pedrero et al., 2009; Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto y Campillo-Álvarez, 2007; Horan, Blanchard, Clark y Green, 2008; Kwapil, Barrantes Vidal y Silvia, 2008; Lenzenweger y O'Driscoll, 2006).

**Tabla 2:** Principales instrumentos aplicables en el contexto educativo para la detección temprana de trastornos del espectro esquizofrénico.

Nombre de la escala	Referencia	Nº de Items	Formato
<i>Perceptual Aberration Scale</i>	(Chapman, Chapman y Rawlin, 1978)	35	V/F*
<i>Physical Anhedonia Scale</i>	(Chapman, Chapman y Rawlin, 1976)	61	V/F
<i>Revised Social Anhedonia Scale</i>	(Eckblad, Chapman, Chapman y Mishlove, 1982)	40	V/F
<i>Magical Ideation Scale</i>	(Eckblad y Chapman, 1983)	30	V/F
<i>Schizotypal Traits Questionnaire</i>	(Claridge y Broks, 1984)	37	V/F
<i>Schizotypal Personality Questionnaire</i>	(Raine, 1991)	74	V/F
<i>Junior Schizotypy Scales</i>	(Rawlings y MacFarlane, 1994)	74	Sí/No
<i>Schizotypal Personality Questionnaire Brief</i>	(Raine y Benishay, 1995)	22	Sí/No
<i>Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences</i>	(Mason, Claridge y Jackson, 1995)	159	Sí/No
<i>Peters Delusions Inventory (PDI)</i>	(Peters, Joseph, Day y Garety, 2004)	21	Sí/No Likert 5
<i>Thinking and Perceptual Style Questionnaire</i>	(Linscott y Knight, 2004)	99	Likert 5

Modificado de Fonseca-Pedrero et al., 2008. Todas las escalas representadas en la Tabla se han aplicado en muestras de estudiantes españoles.  
\* V/F: Formato Verdadero/Falso.

Las personas detectadas como “de riesgo” para la psicosis pueden presentar determinados rasgos subclínicos de personalidad, aunque la evidencia sugiere que, en su mayoría, no desarrollarán trastornos psicóticos. De este modo, estos rasgos de riesgo pueden ser entendidos como características normativas de la adolescencia con un valor funcional, y de carácter pasajero. Los resultados de los estudios de Análisis de componentes principales indican que dichos rasgos se suelen agrupar en tres categorías o dimensiones: Positiva, Negativa y Desorganizada (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto, Campillo-Álvarez y Villazón García, 2007), que engloban características tales como anomalías de pensamiento y conducta, rasgos de pobreza relacional y de funciones cognitivas, así como características de desorganización y alejamiento de las normas sociales (Raine, 2006).

En el ámbito educativo, la identificación de este tipo de adolescentes “de riesgo” se puede ver facilitada si se dispone de instrumentos de medida adecuados para su valoración (Muñiz, 2004). Del mismo modo, podría ser de suma importancia la participación de otros sectores de la sociedad (p.ej., sanitario o social), que faciliten la labor de la detección del riesgo de estos trastornos. A continuación se presenta un estudio realizado en el ámbito académico cuyo propósito ha sido dar a conocer un nuevo autoinforme disponible para la identificación de adolescentes con riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, el Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q), en su versión inicial. La construcción de un nuevo instrumento de medida para la evaluación de la personalidad esquizotípica se

justificó por 3 razones: 1) la inexistencia de un cuestionario específico de evaluación de este trastorno en población adolescente no clínica española; 2) las limitaciones psicométricas existentes a nivel de fiabilidad y validez de los autoinformes desarrollados para su uso en este sector de la población; 3) la gran mayoría de los instrumentos de medición desarrollados para su valoración no incorporan los nuevos avances en la medición psicológica y educativa, referidos a la construcción, traducción y/o adaptación de tests e ítems de elección múltiple. El objetivo, por tanto, de este estudio está centrado en el análisis de las propiedades psicométricas de dicho autoinforme en población española, de cara a mejorar la disponibilidad de instrumentos fiables y validos que sirvan como screening de jóvenes en riesgo de trastornos del espectro esquizofrénico, por ejemplo en el ámbito escolar. La hipótesis general de partida es que si se aplican con rigor los avances psicométricos recientes derivados de la construcción de tests y de ítems de elección múltiple se obtendrán ventajas significativas en la construcción de un nuevo instrumento de medida para evaluación de la personalidad esquizotípica en población adolescente española no clínica.

## Método

### Participantes

En el estudio participaron un total de 336 adolescentes pertenecientes a tres Institutos de Educación Secundaria

Obligatoria (ESO) de las zonas rural y urbana de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Se eliminaron los participantes que dejaron un porcentaje elevado de ítems sin responder ( $n=20$ ), y aquellos que obtuvieron una puntuación mayor o igual a tres en la escala de Infrecuencia de Respuesta ( $n=10$ ). La muestra final quedó formada por 306 adolescentes, 138 varones (45.1%), con una edad media de 15.7 años ( $DT=1.3$ ). En la Tabla 3 se recoge la distribución en función del sexo y la edad para la muestra del estudio.

**Tabla 3:** Distribución del sexo y la edad en la muestra utilizada.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Frecuencia	Porcentaje
14 años	18	35	53	17.3
15 años	46	56	102	33.3
16 años	33	26	59	19.3
17 años	22	40	62	20.3
18 años	14	7	21	6.9
19 años	5	4	9	2.9
Total	138	168	306	100

### Instrumentos

El Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q) (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, Paino y Villazón-García, 2010) es un autoinforme creado para evaluar los rasgos esquizotípicos de la personalidad en población adolescente. Se fundamenta en los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) y en el modelo de esquizotaxia-esquizotipia de Meehl (1962). La versión de este cuestionario utilizada en el presente estudio fue la inicial, de 141 ítems. Los ítems del ESQUIZO-Q fueron seleccionados a partir de una revisión exhaustiva de la literatura de la personalidad esquizotípica (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez et al., 2008). La construcción del ESQUIZO-Q se realizó según los pasos propuestos para la elaboración de tests (Downing y Haladyna, 2006; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008; Schmeiser y Welch, 2006) y las directrices para la construcción de ítems (Moreno, Martínez y Muñiz, 2006; Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez y Moreno, 2005). El formato de respuesta es de tipo Likert de 5 categorías (1: “completamente en desacuerdo”; 5: “completamente de acuerdo”). El ESQUIZO-Q se contruyó considerando un total de 10 escalas, a saber: Ideación Referencial, Pensamiento Mágico, Experiencias Perceptivas Extrañas, Pensamiento y Lenguaje Extraños, Ideación Paranoide, Anhedonia Física, Anhedonia Social, Comportamiento Anómalo, Ausencia de Amigos Íntimos y Ansiedad Social Excesiva (véase Anexo I). A este primer banco inicial de 141 ítems, se le añadió una Escala de Infrecuencia de Respuesta de 12 ítems (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García y Muñiz, 2009), también en formato tipo Likert de cinco puntos, con el fin de detectar a aquellos participantes que responden de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesta (p. ej., “Se llega antes de Madrid a Moscú en coche que en avión”).

### Procedimiento

Este estudio transversal se enmarca dentro de una investigación más amplia cuya finalidad es la detección temprana de personas con un riesgo elevado hacia determinados problemas psicológicos, denominado *Programa de Prevención de Psicosis* (P3, [www.p3-info.es](http://www.p3-info.es)). La administración del cuestionario se llevó a cabo de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes. Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación. No se ofreció ningún tipo de gratificación por la participación en el estudio.

### Análisis de datos

Se realizó un análisis de las propiedades psicométricas del ESQUIZO-Q (141 ítems). En primer lugar, se procedió a la depuración de los ítems, considerando cada escala individualmente. Los criterios psicométricos para la eliminación de ítems a nivel de las escalas fueron los siguientes: 1) ítems con índices de discriminación inferiores a .30; 2) ítems que no se agrupan en una estructura esencialmente unidimensional; 3) ítems con cargas factoriales inferiores a .30 (una vez determinada la unidimensionalidad); y 4) ítems en los que se detectó funcionamiento diferencial (DIF) en función del sexo. La presencia de DIF supone que la probabilidad de respuesta correcta de un individuo no depende únicamente sujeto su nivel en la variable objeto de medición, sino que ésta se haya además condicionada por la pertenencia a un determinado grupo social, cultural, lingüístico, etc., que genera una falta de equivalencia métrica entre las puntuaciones (Elosúa, 2003). Para el análisis del DIF en función del sexo se utilizó el estadístico chi-cuadrado de Mantel-Haenszel (Mantel, 1963) para ítems polítómicos, implementado en el programa DIFAS (Penfield, 2005). El error tipo I se situó en .01. La variable de estratificación fue la puntuación total de la escala.

En segundo lugar, una vez realizada la comprobación de los supuestos de normalidad y esfericidad, se calcularon las puntuaciones medias, desviaciones típicas e índices de asimetría y curtosis para cada uno de los ítems y las puntuaciones totales de las escalas. La estimación de la consistencia interna se realizó mediante coeficiente alfa de Cronbach para categorías ordinales (Elosúa y Zumbo, 2008). Posteriormente, con el fin de estudiar la dimensionalidad, se llevó a cabo un Análisis de Componentes Principales (ACP) con posterior rotación Oblimin. El número de componentes extraídos se determinó en función de su posible interpretación y del porcentaje de varianza explicada. Para el análisis de los datos se utilizaron el SPSS 15.0 y el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006).

## Resultados

### a) Depuración de ítems a nivel de las escalas del ESQUIZO-Q

La depuración del número de ítems del ESQUIZO-Q se realizó en función de los criterios psicométricos anteriormente descritos. La mayoría de los ítems eliminados (un total de 31) lo fue por presentar un funcionamiento diferencial en función del sexo. El resto de los ítems presentaron cargas factoriales e índices de discriminación superiores a .30.

### b) Estadísticos descriptivos de las escalas del ESQUIZO-Q

Los estadísticos descriptivos de las escalas del ESQUIZO-Q se presentan en la Tabla 4. Ninguna de las escalas del ESQUIZO-Q se distribuyó de forma normal. Los niveles de asimetría y curtosis se encontraron entre  $\pm 1$ , con excepción de tres escalas. Como se puede observar, los valores del coeficiente alfa de Cronbach de las escalas oscilaron entre .94 (Experiencias Perceptivas Extrañas) y .70 (Falta de Amigos Íntimos).

### c) Análisis de Componentes Principales (ACP) a nivel de las escalas del ESQUIZO-Q

En tercer lugar, se realizó un ACP con posterior rotación Oblimin utilizando las escalas del ESQUIZO-Q. Para determinar el número de factores se tuvieron en cuenta el criterio de Kaiser, el gráfico de sedimentación y la interpretabilidad de los componentes. En la Tabla 5 se presentan las cargas en los componentes y el porcentaje de varianza explicado y acumulado por los tres componentes resultantes. La medida de adecuación muestral (estadístico de Bartlett) fue 2377.9 ( $p < .001$ ), siendo el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) .85. El primer componente se correspondió con las escalas Ideación Referencial, Experiencias Perceptivas Extrañas, Pensamiento Mágico y Comportamiento Raro e Ideación Paranoide, explicando un 45.60 % de la varianza total; a este factor se le denominó *Distorsión de la Realidad*. El segundo componente lo formaron las escalas Anhedonia Física y Anhedonia Social, y explicó un 15.64 % de la varianza total; se le denominó *Anhedonia*. Finalmente, el tercer componente se correspondió con las escalas Falta de Amigos Íntimos, Ansiedad Social Excesiva, Pensamiento y Lenguaje Raros, Comportamiento Raro e Ideación Paranoide, y explicó un 9.24 % de la varianza total; a este último componente se le denominó *Desorganización Interpersonal*.

## Discusión

El principal propósito de esta investigación fue realizar un estudio de las características psicométricas del ESQUIZO-Q, en su versión inicial de 141 ítems, en población general adolescente española, con la finalidad de poder disponer de un instrumento de evaluación adecuado que pueda usarse para la detección de estudiantes con vulnerabilidad a la psicosis esquizofrénica.

**Tabla 4:** Estadísticos descriptivos de las escalas del Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q).

Escalas	Nº inicial de ítems	Nº final de ítems	Media	DT	Asimetría	Curtosis	Rango	Alfa
REF	8	7	10.99	4.01	1.62	4.07	7-32	.88
MAG	15	13	22.66	7.75	1.09	0.79	13-50	.91
EXP	20	18	31.72	11.24	1.53	2.83	18-81	.94
PLR	16	13	30.12	8.56	0.67	0.74	13-64	.85
PA	20	14	26.02	8.60	1.09	1.50	14-63	.91
AnhFis	15	11	31.69	9.22	-0.25	-0.79	11-51	.81
AnhSoc	21	14	32.45	13.44	0.54	-0.71	14-67	.91
RAR	10	8	13.92	5.38	1.18	1.37	8-36	.80
AMIG	7	5	11.49	4.08	0.40	-0.21	5-25	.70
ANX	9	7	15.47	5.05	0.59	0.02	7-32	.82

REF: Ideación Referencial; MAG: Pensamiento Mágico; EXP: Experiencias Perceptivas Extrañas; PLR: Pensamiento y Lenguaje Raros; PA: Ideación Paranoide; AnhFis: Anhedonia Física; AnhSoc: Anhedonia Social; RAR: Comportamiento Raro; AMIG: Falta de Amigos Íntimos; ANX: Ansiedad Social Excesiva

**Tabla 5:** Análisis de Componentes Principales de las escalas del Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (ESQUIZO-Q).

Escalas ESQUIZO-Q	Componentes		
	I	II	III
Ideación Referencial	.89		
Experiencias Perceptivas Extrañas	.89		
Pensamiento Mágico	.86		
Comportamiento Raro	.51		
Anhedonia Social		.87	
Anhedonia Física		.86	
Falta Amigos Íntimos			-.85
Ansiedad Social Excesiva			-.80
Pensamiento y Lenguaje Raros			-.56
Ideación Paranoide	.47		-.49
Autovvalor	4.56	1.56	0.92
% Varianza explicada	45.60	15.64	9.24
% Varianza explicada acumulada	45.60	61.45	70.50

Nota: se han eliminado los pesos factoriales inferiores a .40

En línea con la literatura previa, se encuentra que la personalidad esquizotípica medida a través de esta versión del ESQUIZO-Q presenta una estructura multidimensional concretada en 3 factores: Distorsión de la Realidad, Anhedonia y Desorganización Interpersonal (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto, Campillo-Álvarez et al., 2007). Estas dimensiones han sido ampliamente replicadas en muestras de pacientes con esquizofrenia (Axelrod, Grilo, Sanislow y McGlashan, 2001; Vollema y Hoijtink, 2000), en familiares sanos de pacientes con esquizofrenia (Calkins, Curtiss, Grove y Iacono, 2004; Compton, Chien y Bollini, 2007), y en muestras de adultos y adolescentes de población general (Fonseca-Pedrero, Páino, Lemos-Giráldez, Villazón-García y Muñiz, 2009; Fonseca-Pedrero, Linscott, Lemos-Giráldez, Páino y Muñiz, 2010; Kwapil et al., 2008; Páino, Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2008; Raine, 2006). En líneas generales, aunque la comparación de estudios factoriales se encuentre dificultada por la heterogeneidad de los autoinformes y de las muestras em-

pleados, los datos son bastante convergentes con dicha estructura.

Los jóvenes con altas puntuaciones en este tipo de autoinformes (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez et al., 2008) podrían ser considerados “de riesgo” para los trastornos del espectro esquizofrénico. Sin embargo, no debe obviarse que, un porcentaje elevado de los adolescentes con puntuaciones elevadas en esquizotipia es posible que no desarrolle ningún problema psicológico; en cambio, otros con una mayor vulnerabilidad, unida a la presencia de estresores ambientales (p. ej., consumo de drogas, rupturas sentimentales, etc.), tal vez desencadenen un trastorno de estas características. Como quiera que sea el caso, en aquellos adolescentes con puntuaciones elevadas en el ESQUIZO-Q se recomendaría llevar a cabo una evaluación psicológica más pormenorizada, que podría incluir la aplicación de cuestionarios de funcionamiento social, entrevistas al alumno y a la familia, o incluso pruebas de laboratorio que exploren funciones neuropsicológicas.

En el supuesto de que los profesionales de salud mental estimasen oportuno realizar una intervención temprana en estos jóvenes que se consideran lindando en la frontera entre la salud y la enfermedad, se podrían llevar a cabo diferentes abordajes terapéuticos centrados básicamente en el tratamiento psicológico y psicofarmacológico. Con respecto al tratamiento psicológico, las intervenciones actuales van dirigidas a la psicoeducación, el trabajo con las familias, el aprendizaje o potenciación de ciertas estrategias y capacidades cognitivas y/o conductuales, la mejora de las relaciones interpersonales mediante programas de habilidades sociales y/o la evitación del consumo de drogas (Gleeson y McGorry, 2004). En cuanto al abordaje psicofarmacológico, los tratamientos llevados a cabo en estos individuos “de riesgo” suelen consistir en un primer momento en antidepresivos o medicación menos incisiva y posteriormente en la administración de antipsicóticos atípicos a pequeñas dosis (Lencz, Smith, Auther, Correll y Cornblatt, 2004). Evidentemente, en función del caso y de las circunstancias, será mejor un tipo de tratamiento u otro, o incluso una combinación de ambos.

Un tema francamente interesante, que suscita una amplia polémica dentro del estudio de los programas de detección temprana, se refiere a los posibles problemas éticos y legales que se derivan de la intervención precoz en este tipo de participantes antes del desarrollo del trastorno clínico (Drake y Lewis, 2010; McGlashan, 2005) ¿Es ético tratar a un adolescente con un problema psicológico que todavía no se ha dado? o, en el mejor de los casos, ¿es ético tratar a un adolescente que, por sus características cognitivas, afectivas y comportamentales, tiene una elevada probabilidad de desencadenar un problema psicológico relevante? Esta y otras cuestiones se encuentran aún en sus estadios iniciales (Ross, 2010; Woods, Walsh, Saksa y McGlashan, 2010), y deben seguir siendo objeto de debate, puesto que su respuesta va a depender de otras variables de índole muy variada.

Los resultados del presente estudio, se deberían no obstante entender a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, la detección del riesgo se ha sustentado únicamente en el empleo de un autoinforme, con las consabidas limitaciones que ello puede conllevar (Fernández-Ballesteros, 2004); entre ellas se destaca la escasa capacidad que tienen los adolescentes para informar de sus propias conductas. Además, se ha demostrado que diferentes informadores (padres, maestros y los propios sujetos) acerca de las conductas de los adolescentes no concuerdan (Medina et al., 2007b), y menos cuando los adolescentes de los que se informa presentan rasgos esquizotípicos (Medina et al., 2007a). Por ello, se enfatiza la necesidad de no limitar los procesos de evaluación psicopatológica de los jóvenes solamente a este instrumento. A esto se añade que la versión utilizada del ESQUIZO-Q todavía se encuentra en fase experimental. En segundo lugar, la adolescencia y la temprana adultez es un etapa con grandes cambios a nivel familiar, social y biológico (p. ej., de tipo hormonal y/o neuroquímico), lo cual pone de relieve la naturaleza cambiante de este periodo evolutivo, en donde los propios procesos madurativos del desarrollo (psicológicos y neurológicos) pueden estar jugando un rol relevante. Por ello, habría que hacer una valoración aparte de la funcionalidad de las características encontradas en los adolescentes y valorar hasta qué punto son psicopatológicas o normativas. Finalmente, otra limitación provendría de la naturaleza correlacional del diseño, por la que los resultados no permitirían extraer conclusiones en términos de causalidad.

Futuras iniciativas en la detección temprana de los trastornos del espectro esquizofrénico deberían facilitar a los centros escolares (también a los sanitarios y a las familias) el acceso a este tipo de información, trabajando en el desarrollo de programas específicos de formación en estos sectores. Además, la identificación temprana de estos alumnos en las aulas pasa por la participación, implicación y coordinación directa de todos los sectores de la comunidad educativa (orientadores, profesores, padres, etc.), así como de diversos profesionales (psicólogos, pedagogos, médicos, abogados, trabajadores sociales), con la finalidad última de mitigar el impacto del posible trastorno psicológico en las esferas personal, familiar, académica y social de los adolescentes.

## **Conclusiones**

El presente estudio acerca de las características psicométricas del ESQUIZO-Q de 141 ítems en población general adolescente española pretende contribuir a la disponibilidad para diferentes contextos, por ejemplo en el ámbito escolar, de un instrumento de evaluación adecuado para la detección de adolescentes con riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico. Se demuestra que esta versión preliminar del ESQUIZO-Q presenta un comportamiento psicométrico adecuado. Se sugiere su uso como instrumento de detección de adolescentes y adultos jóvenes con riesgo psicopatológico, lo cual es especialmente relevante si se tiene en

cuenta que se trata de un intervalo de edad considerado de especial peligro para la aparición de este tipo de problemas (Gottesman, 1991).

El análisis de la estructura de la personalidad esquizotípica medida con la versión utilizada del ESQUIZO-Q indica una estructura tripartita, en convergencia con los hallazgos en estudios previos. A modo de comentario, señalar que en un estudio posterior que se está llevando a cabo actualmente por nuestro equipo con una muestra más amplia se analizan las correlaciones de Pearson entre las escalas del ESQUIZO-Q y dos instrumentos complementarios: la *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS) (Reynolds, 1987) y el *Schizotypal Personality Questionnaire-Brief* (SPQ-B) (Raine y Benishay, 1995). Los datos preliminares de este estudio apuntan unos índices adecuados de validez convergente-discriminante para las subescalas del ESQUIZO-Q, encontrándose correlaciones estadísticamente significativas con las subescalas del SPQ-B y de la RADS.

## Referencias

- Álvarez-López, E., Gutiérrez Maldonado, J. y Pueyo, A. A. (2006). Esquizotipia y esquizofrenia. En J. Cangas Díez, J. Gil Roales-Nieto y V. Peralta Martín (Eds.), *Esquizofrenia: nuevas perspectivas en la investigación*. Bogotá: Psicom editores.
- Alvarez-Moya, E. M., Barrantes-Vidal, N., Navarro, J. B., Subira, S. y Obiols, J. E. (2007). Exophenotypical profile of adolescents with sustained attention deficit: A 10-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 153, 119-130.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Axelrod, S. R., Grilo, M. C., Sanislow, C. y McGlashan, T. H. (2001). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and convergent validity in inpatient adolescent. *Journal of Personality Disorders*, 15, 168-179.
- 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.
- Cannon, T. D. (2005). Clinical and genetic high-risk strategies in understanding vulnerability to psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 35-44.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., Seidman, L. J., Perkins, D., Tsuang, M., McGlashan, T. y Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65, 28-37.
- Claridge, G. y Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Compton, M. T., Chien, V. H. y Bollini, A. (2007). Psychometric properties of the Brief version of the Schizotypal Personality Questionnaire in relatives with schizophrenia-spectrum disorders and non-psychotic control. *Schizophrenia Research*, 91, 122-131.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J. y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 374-382.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P. y Rawlin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Dominguez, M. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U. y van Os, J. (in press). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*.
- Downing, S. M. y Haladyna, T. M. (2006). *Handbook of test development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Drake, R. J. y Lewis, S. W. (2010). Valuing prodromal psychosis: What do we get and what is the price? *Schizophrenia Research*, 120, 38-41.
- Eckblad, M. y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Eckblad, M., Chapman, L. J., Chapman, J. P. y Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison.
- Elosúa, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Elosúa, P. y Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta ordenada. *Psicothema*, 20, 896-901.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Los autoinformes. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos* (pp. 231-268). Madrid: Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 30, 63-73.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53-60.
- Fonseca-Pedrero, E., Linscott, R. J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Muñiz, J. (2010). Psychometric properties of two measures for the assessment of schizotypy in adolescents. *Psychiatry Research*, 179, 165-170.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E. y Campillo-Álvarez, A. (2007). Lateralidad manual, problemas emocionales y esquizotipia en adolescentes. *Psicothema*, 19, 467-472.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A. y Villazón-García, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles del Psicólogo*, 28, 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Villazón-García, U. (2010). *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oriego para la Evaluación de la Esquizotipia /ESQUIZO-Q: Oriego Questionnaire for Schizotypy Assessment*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Lemos-Giráldez, S. (2008). La diversidad psicopedagógica en el aula: evaluación de problemas emocionales y comportamentales. *Aula Abierta*, 36, 39-48.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.
- Gleeson, J. F. y McGorry, P. D. (2004). *Psychological interventions in early psychosis: A treatment handbook*. Chichester, UK: Wiley.

- Gooding, D. C., Tallent, K. A. y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. San Francisco: Freeman.
- 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.
- Ingram, R. E. y Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress models. En B. L. Hankin y J. Z. Abela (Eds.), *Development and Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R. y Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79, 45-57.
- Kwapil, T. R. (1998). Social Anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 558-565.
- Kwapil, T. R., Barrantes Vidal, N. y Silvia, P. J. (2008). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 444-457.
- Lemos-Giráldez, S. (1999). Trastornos del espectro esquizofrénico: marcadores de predicción temprana. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica: perspectivas actuales* (97-137). Madrid: Pirámide.
- Lemos-Giráldez, S. (2001). Esquizofrenia y trastornos de la personalidad. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y prevención en el aula de los problemas de los adolescentes* (213-226). Madrid: Pirámide.
- Lemos-Giráldez, S. (2003). La vulnerabilidad a la psicosis. En S. Perona Garcelán, C. Cuevas, O. Vallina y S. Lemos-Giráldez (Eds.), *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia* (19-38). Madrid: Minerva ediciones.
- Lencz, T., Smith, C. W., Auther, A., Correll, C. U. y Cornblatt, B. (2004). Nonspecific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68, 37-48.
- Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 121-135.
- Lenzenweger, M. F. y O'Driscoll, G. A. (2006). Smooth pursuit eye Movement and schizotypy in the community. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 779-786.
- Linscott, R. J. y Knight, R. G. (2004). Potentiated automatic memory in schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 37, 1503-1517.
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández Fernández, V. y López Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicóloga*, 21, 353-358.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38, 88-91.
- Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2010). Estudio psicométrico del screening de problemas de conducta infantil SPCL. *Psicothema*, 22, 316-322.
- Mantel, N. (1963). Chi-square tests with one degree of freedom: Extension of the Mantel-Haenszel procedure. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 690-700.
- Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Luque, I., Palacín, C., Bernal, M., Codony, M., Haro, J. M. y Vilagut, G. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Mason, O., Claridge, G. y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- McGlashan, T. H. (1998). Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *British Journal of Psychiatry*, 172, 3-6.
- McGlashan, T. H. (2005). Early detection and intervention in psychosis: An ethical paradigm shift. *British Journal of Psychiatry*, 48 (Suppl.), s113-s115.
- McGlashan, T. H. y Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-222.
- McGorry, P. D., Killackey, E. y Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7, 148-156.
- Medina, C., Navarro, J. B., Baños, I., Martinena, P., Vicens-Vilanova, J., Barrantes-Vidal, N., Subirá, S. y Obiols, J. E. (2007a). ¿Explica la esquizotipia la discordancia entre informantes de alteraciones conductuales adolescentes? *Salud Mental*, 30, 24-30.
- Medina, C., Navarro, J. B., Martinena, P., Baños, I., Vicens-Vilanova, J., Barrantes-Vidal, N., Subirá, S. y Obiols, J. E. (2007b). Evaluación de la conducta adolescente con las escalas de Achenbach: ¿Existe concordan- cia entre distintos informantes? *Salud Mental*, 30, 33-39.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P. E. (1989). Schizotaxia revisited. *Archives of General Psychiatry*, 46(10), 935-944.
- Meehl, P. E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Moreno, R., Martínez, R. y Muñiz, J. (2006). New guidelines for developing multiple-choice items. *Methodology*, 2, 65-72.
- Muñiz, J. (2004). La validación de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 121-141.
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R. y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación*, 5, 13-25.
- Paino, M. M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2008). Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Personality and Individual Differences*, 45, 132-138.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S. y Garety, P. A. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21- Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R. y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
- Raine, A. y Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rawlings, D. y MacFarlane, C. (1994). A multidimensional schizotypal traits questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 17, 489-496.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ross, C. A. (2010). DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Eight reasons to reject it. *Psychosis*, 2, 107-110.
- Sánchez-García, R. y Olivares, J. (2009). Effectiveness of a program for early detection/intervention in children/adolescents with generalized social phobia. *Anales de Psicología*, 25, 241-249.
- Schmeiser, C. B. y Welch, C. (2006). Test development. En R. L. Brennan (Ed.), *Educational Measurement* (4th ed.) (307-353). Westport, CT: American Council on Education/Praeger.
- Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2009). Binge eating in adolescents: Its relation to behavioural problems and family meal patterns. *Eating Behaviors*, 10, 22-28.
- Vallina, O., Lemos-Giráldez, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 185-221.
- Viñas, F., Ballabriga, M. C., Canals, J., Esparó, G., Ballespí, S. y Doménech-Llaberia, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 20, 481-486.
- Vollema, M. G. y Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: An analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.
- Woods, S. W., Walsh, B. C., Saksa, J. R. y McGlashan, T. H. (2010). The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123, 199-207.
- Yung, A. R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B. y McGorry, P. D. (2006). Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84, 57-66.

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. A. y Sierra, J.C. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del *Youth-Self Report/11-18*. *Anales de Psicología*, 25, 60-69.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

(Artículo recibido: 22-11-2009; revisión: 13-12-2010; aceptado: 31-12-2010)

**Anexo I:** Ítems de ejemplo de la versión experimental del Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia

Ideación referencial: “Creo que las cosas que salen en la radio o en la televisión tienen un significado especial para mí, que mis amigos no entienden”.

Pensamiento Mágico: “Creo que hay gente que puede leer la mente de otras personas”.

Experiencias Perceptivas Extrañas: “Estando solo en casa he tenido la sensación de que alguien me hablaba”.

Pensamiento y Lenguaje Raros: “Tengo muchas ideas en mi cabeza que no soy capaz de poner en orden”.

Ideación Paranoide: “Mis compañeros la tienen tomada conmigo”.

Anhedonia Física: “Me gusta observar la naturaleza, por ejemplo, ríos, playas o el sol en el horizonte”.

Anhedonia Social: “Me gusta ayudar a mis amigos y familiares cuando lo necesitan”.

Comportamiento Raro: “Mis amigos dicen que mi forma de vestir es extraña”.

Falta de Amigos Íntimos: “Tengo pocos amigos de confianza a los que pueda contar mis problemas”.

Ansiedad Social Excesiva: “Me pongo nervioso cuando voy a tener una conversación seria con otra persona”.