

E. Fonseca • J. Muñiz • S. Lemos • M. Paíno • U. Villazón

ESQUIZO-Q

Questionario Oviedo para la
evaluación de la esquizotipia



MANUAL



ESQUIZO-Q

**Cuestionario Oviedo
para la evaluación de la esquizotipia**



ESQUIZO-Q

Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia

Eduardo Fonseca-Pedrero

José Muñiz

Serafín Lemos-Giráldez

Mercedes Paino

Úrsula Villazón-García



Madrid, 2010



**Obra galardonada
con el XIV Premio TEA Ediciones de Investigación (2009)**

Copyright © 2010 by TEA Ediciones, S. A. Madrid (España)

ISBN: 978-84-7174-994-9

Edita: TEA Ediciones, S. A.

Maquetación: La Factoría de Ediciones, S. L.

Impreso en España. Printed in Spain.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Índice

Ficha técnica	7
1. Fundamentación teórica	9
1.1. Esquizofrenia y personalidad esquizotípica	9
1.1.1. La esquizofrenia y su detección e intervención precoces	9
1.1.2. Definición de la personalidad esquizotípica	11
1.1.3. Modelos de vulnerabilidad a la esquizofrenia	12
<i>a. Modelo de vulnerabilidad-estrés</i>	<i>12</i>
<i>b. Neurodesarrollo y esquizotipia: Modelo biopsicosocial de Raine</i>	<i>15</i>
1.2. Evaluación de la personalidad esquizotípica	17
1.3. Dimensionalidad de la personalidad esquizotípica	18
1.4. El papel del sexo y la edad en las dimensiones de la personalidad esquizotípica	20
2. Proceso de construcción y desarrollo de la prueba	21
2.1. Fases del proceso de construcción	21
1ª Fase. Marco general del instrumento de medida	23
2ª Fase. Definición operativa de la personalidad esquizotípica	23
3ª Fase. Especificaciones del instrumento de medida	25
4ª Fase. Construcción de los ítems	25
5ª Fase. Producción, base de datos, normas de puntuación y corrección	27
6ª Fase. Estudios piloto	27
<i>a. Estudio piloto cualitativo</i>	<i>27</i>
<i>b. Estudio piloto cuantitativo</i>	<i>28</i>
7ª Fase. Selección de otros instrumentos de medida	29
8ª Fase. Estudio de campo	29
9ª Fase. Análisis de las propiedades psicométricas	30
10ª Fase. Versión definitiva, informe final y elaboración del manual	30
2.2. Proceso de reducción de ítems	31
2.2.1. Proceso de reducción de ítems en el estudio piloto cuantitativo	31
2.2.2. Proceso de reducción de ítems en el estudio de campo	31
3. Normas de aplicación y corrección	33
3.1. Aspectos generales	33
3.2. Normas de aplicación	34
3.2.1. Acondicionamiento del entorno de aplicación	34
3.2.2. Familiarización con el material y las instrucciones de aplicación	35
3.2.3. Clima de confianza	35
3.2.4. Garantizar la confidencialidad	35
3.2.5. Instrucciones a los participantes	35
3.2.6. Aplicación de la prueba	36
3.3. Aplicación de la versión abreviada	36
3.4. Normas de corrección	37
3.4.1. Corrección de la versión completa de 51 ítems	37
3.4.2. Corrección de la versión abreviada	38



4. Justificación estadística	39
4.1. Descripción de la muestra	39
4.2. Estudio psicométrico de la prueba	40
4.2.1. Evidencias de validez	40
<i>Validez de contenido</i>	40
<i>Validez de constructo</i>	40
<i>Validez convergente-discriminante</i>	44
<i>Funcionamiento diferencial de los ítems</i>	45
4.2.2. Estimación de la fiabilidad	46
4.2.3. Estadísticos descriptivos	46
4.2.4. Diferencias en función del sexo y la edad	47
5. Versión abreviada	51
5.1. Justificación	51
5.2. Evidencias de validez	52
<i>Validez de constructo</i>	52
<i>Validez convergente y discriminante</i>	54
5.3. Estadísticos descriptivos de la versión abreviada	55
6. Normas de interpretación	57
6.1. Interpretación de las puntuaciones	57
6.2. Significado de los factores	58
6.3. Baremos	60
6.4. Puntos de corte	60
6.5. Escalas y factores de segundo orden	62
6.6. Perfil de puntuaciones	63
7. Referencias bibliográficas	65
Anexo 1. Baremos	73
Anexo 2. Distribución de las puntuaciones de los participantes en los ítems del ESQUIZO-Q	81
Anexo 3. Estadísticos descriptivos de los ítems	95

ESQUIZO-Q

Ficha técnica

Nombre: *ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia.*

Autores: Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García (Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo y CIBERSAM).

Procedencia: TEA Ediciones (2010).

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: 14 a 19 años.

Duración: Variable, entre 4 y 8 minutos, la versión completa.

Finalidad: Evaluación de los rasgos de la personalidad esquizotípica o la propensión a la psicosis en población adolescente española.

Baremación: Baremos generales y por sexo en percentiles.

Materiales: Manual, ejemplar con el cuestionario, ejemplar autocorregible para la versión abreviada y PIN para la corrección.



1. Fundamentación teórica

1.1. Esquizofrenia y personalidad esquizotípica

1.1.1. La esquizofrenia y su detección e intervención precoces

La esquizofrenia es un trastorno psicológico grave y devastador que constituye un problema social y sanitario serio. Afecta aproximadamente al 1% de la población, tiene su inicio en la adolescencia tardía o adultez temprana y genera múltiples problemas que inciden no sólo sobre las personas afectadas sino también sobre el entorno familiar y social. Los costes que se derivan en los ámbitos personal, familiar y social son importantes, por lo que es evidente que todas las acciones que se lleven a cabo para solucionar semejante problema tienen un enorme interés.

Una de las principales líneas de investigación en el campo de la esquizofrenia va encaminada a la prevención, la detección y la intervención temprana en personas de riesgo o con vulnerabilidad a desarrollar esquizofrenia o trastornos del espectro esquizofrénico, tales como los trastornos psicóticos afectivos y las personalidades esquizoide, esquizotípica y paranoide. Las estrategias de prevención se pueden dividir en tres tipos, a saber: universal, selectiva e indicada. La *prevención universal* va directamente encaminada a la población general; un claro ejemplo serían las campañas de vacunación. Por su parte, las *intervenciones selectivas* tienen como meta detectar a las personas que poseen cierto riesgo de padecer algún problema psicológico y, sin embargo, no muestran actualmente ningún signo o síntoma de trastorno psicológico evidente (p. ej., hijos de padres con esquizofrenia). La tercera aproximación, la *prevención indicada*, se centra en detectar a aquellas personas que ya muestran ciertos signos y síntomas similares a los problemas psicológicos señalados en los manuales diagnósticos al uso, pero que aún no presentan niveles clínicos que permitan diagnosticarlos formalmente.



La idea subyacente a todo programa de prevención temprana es la creencia de que una rápida detección del problema, de la índole que sea, con una posterior intervención eficaz, mejorará el pronóstico del trastorno; además, en caso de aparición del trastorno, la recuperación en estos casos sería mucho más rápida, disminuyendo así el tiempo de hospitalización y el impacto del trastorno en la esfera familiar y personal (Vallina, Lemos-Giráldez y Fernández, 2006). La evidencia clínica sugiere que la detección e intervención temprana en pacientes con esquizofrenia o la reducción del tiempo de psicosis no tratada es un buen predictor de cara a la obtención de mejores resultados en el tratamiento (McGlashan y Johannessen, 1996; Yung, Philips, Pan Yuen y McGorry, 2004). De este modo, una demora en el inicio del tratamiento se ha asociado con importantes consecuencias negativas, como un aumento de la comorbilidad, un mayor deterioro cognitivo, social y familiar, una recuperación posterior más lenta e incompleta y un peor pronóstico a medio y largo plazo (McGlashan, 1998; McGorry, Krstev y Harrigan, 2000).

Con el objetivo de detectar precozmente los individuos con predisposición a la esquizofrenia o los que ya han desarrollado el trastorno, y de cara a llevar a cabo una intervención temprana, se han realizado tres tipos de procedimientos de selección: estudios de primer episodio, estudios de pródromos (alto riesgo clínico) y estudios de «alto riesgo» (genético o psicométrico). El paradigma de *alto riesgo psicométrico* (Lenzenweger, 1994) tiene como finalidad identificar, mediante pruebas psicométricas o a partir de su perfil de puntuaciones, a las personas con mayor probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico en el futuro. En la actualidad este paradigma es considerado como una estrategia viable y válida para la detección psicométrica de individuos con vulnerabilidad a la esquizofrenia, de cara a la posterior implementación de tratamientos profilácticos. Del mismo modo, la utilización de este tipo de autoinformes permite, en comparación con otras técnicas (p. ej., neuroimagen), una aplicación rápida, eficaz y no invasiva, que hace que puedan ser corregidas e interpretadas de forma sencilla (Gooding, Tallent y Matts, 2005; Kwapil, Barrantes Vidal y Silvia, 2008) soslayando, además, los efectos de confusión frecuentemente asociados a los pacientes con esquizofrenia, como la medicación o la estigmatización.

La personalidad esquizotípica se enmarca dentro de los estudios de *alto riesgo psicométrico*. Diferentes estudios longitudinales señalan que los adolescentes y adultos jóvenes con puntuaciones elevadas en los rasgos esquizotípicos de la personalidad, como la anhedonia (dificultad para experimentar placer), las aberraciones perceptivas, la ideación mágica o los síntomas psicóticos atenuados, tienen una mayor probabilidad futura de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, en comparación con aquéllos que puntúan bajo (Chapman, Chapman, Raulin y Eckblad, 1994; Gooding *et al.*, 2005; Kwapil, 1998; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman y Chapman, 1997; Poulton, Caspi, Moffitt, Cannon, Murray y Harrington, 2000; Welham *et al.*, 2009). Recientemente, Gooding y colaboradores (2005) han replicado estos hallazgos en un estudio longitudinal a 5 años; los participantes con puntuaciones elevadas en estas medidas presentaban con el tiempo una mayor proporción de trastornos del espectro esquizofrénico, constituyendo también el mejor predictor de cara al posterior desarrollo de este tipo de trastornos entre una amplia gama de variables psicopatológicas. Del mismo modo, cuando se examinan adolescentes y adultos jóvenes hijos de pacientes con esquizofrenia o con síntomas prodrómicos, la personalidad esquizotípica también posee un papel relevante en la predicción de los trastornos del espectro esquizofrénico (Johnstone, Ebmeier, Miller, Owen y Lawrie, 2005; Morrison *et al.*, 2006).



1.1.2. Definición de la personalidad esquizotípica

La relación entre determinados tipos de personalidad y la esquizofrenia es un tema recurrente dentro de la investigación en psicopatología. Diferentes estudios han intentado predecir la esquizofrenia a partir de determinadas características de la personalidad, así como definir e identificar una condición clínica de riesgo para el desarrollo de la misma (Lemos-Giráldez, 1999). De acuerdo con Álvarez-López y colaboradores (2006), las relaciones entre personalidad y esquizofrenia se han sustentado en dos hipótesis diferenciadas: por un lado, los rasgos de personalidad podrían ser una forma de predisposición específica para la esquizofrenia y no una manifestación de la misma; por otro, la personalidad o cualquiera de sus rasgos podrían concebirse como precursores o conductas que preceden al inicio de la esquizofrenia.

La personalidad esquizotípica es un constructo sumamente complejo que se ha relacionado con la esquizofrenia a nivel histórico, conceptual, genético, neuroquímico, neuroanatómico, psicofisiológico y clínico, siendo uno de los marcadores de riesgo exofenotípicos más estudiados en este campo (Raine, 2006). Actualmente, el término esquizotipia se ve influido claramente por sus raíces históricas y por el volumen de publicaciones que se llevan a cabo desde diferentes ópticas de investigación. En este sentido, algunos autores emplean el término esquizotipia para referirse a una forma atenuada de la esquizofrenia, constituyendo una fase premórbida o prodrómica de la misma (Raine, 2006), o como una organización de la personalidad que representa la vulnerabilidad genética a la psicosis (Meehl, 1962). La esquizotipia también se puede referir a la categoría diagnóstica llamada *Trastorno esquizotípico de la personalidad*, situado dentro del Eje II de la clasificación DSM (*American Psychiatric Association*, 1994, 2000). Según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000), para diagnosticar el *Trastorno esquizotípico de la personalidad* es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos que se recogen en la tabla 1.1.

Finalmente, desde un punto de vista dimensional, Claridge (1997) considera la esquizotipia como un conjunto de rasgos de personalidad que se distribuyen a lo largo de un continuo de adaptación, desde un estado de bienestar (salud) hasta un estado de enfermedad (psicosis). En dicho continuo, la esquizotipia sería una característica adaptativa de la personalidad que, al igual que la ansiedad, se conecta potencialmente con un trastorno —en este caso la esquizofrenia— y que, en determinadas condiciones desfavorables, se traduciría en síntomas de trastorno. De este modo, dichos rasgos existen en la población normal, no se asocian necesariamente a un trastorno psicológico y se configuran asimismo como un indicador de la vulnerabilidad o predisposición a desarrollar trastornos psicóticos en general, y esquizofrenia en particular.



Tabla 1.1. Criterios diagnósticos para el Trastorno esquizotípico de personalidad según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

- A.** Un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:
1. ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia);
 2. creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas);
 3. experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales;
 4. pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado);
 5. suspicacia o ideación paranoide;
 6. afectividad inapropiada o restringida;
 7. comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar;
 8. falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado;
 9. ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
- B.** Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

1.1.3. Modelos de vulnerabilidad a la esquizofrenia

a. Modelo de vulnerabilidad-estrés

Los modelos de vulnerabilidad-estrés, también conocidos como modelos de diátesis-estrés, son posiblemente los modelos más aceptados para la explicación y la comprensión de la etiología de la esquizofrenia, así como de los trastornos relacionados con ella (Ingram y Luxton, 2005; Lemos-Giráldez, 2003). Su extensa utilización en los campos clínico y de investigación es debida a su facilidad para dar cuenta de la compleja interacción que ocurre entre los factores genéticos y los ambientales.

El concepto de vulnerabilidad alude a determinados rasgos biológicos de origen preferentemente (aunque no exclusivamente) genético, que confieren una determinada predisposición a sufrir un trastorno psicológico (Lemos-Giráldez, 2003). La vulnerabilidad, en un sentido amplio, apunta hacia una condición necesaria (no suficiente), estable (no permanente), endógena (no externa), generalmente no observable y antecedente al desarrollo del trastorno psicológico. Esta condición de rasgo o estabilidad no indica necesariamente su carácter inmodificable o permanente; la vulnerabilidad a un determinado problema psicológico, en este caso la esquizofrenia, puede ser atenuada, reducida o aumentada por diversos factores psicosociales, experiencias de aprendizaje o sustancias neuroquí-

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com





2. Proceso de construcción y desarrollo de la prueba

2.1. Fases del proceso de construcción

El proceso de construcción de un instrumento de medida debe ser definido objetivamente siguiendo unos principios teóricos y métricos para así maximizar su validez (Downing, 2006). Puede decirse que el proceso de validación comienza a fraguarse antes de la propia elaboración del instrumento, pues todas las acciones que se realicen antes, durante y después permitirán recoger datos empíricos que ayuden a la interpretación de las puntuaciones (Elosua, 2003; Muñiz, 2004; Zumbo, 2007). Si el proceso de construcción se lleva cabo de forma defectuosa, las inferencias que se obtengan a partir de las puntuaciones y las decisiones que de ellas se deriven serán equivocadas e infundadas (Elosua, 2003; Muñiz, 2004; Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez y Moreno, 2005).

El ESQUIZO-Q es un autoinforme construido a partir de diferentes avances sustantivos y metodológicos surgidos en los últimos años en el campo de la evaluación psicológica y educativa. El proceso de construcción se realizó de acuerdo a las directrices internacionales para la construcción de instrumentos de medida (*American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 1999; Downing, 2006; Schmeiser y Welch, 2006; Wilson, 2005*). El establecimiento de los pasos necesarios para el desarrollo del ESQUIZO-Q permitió llevar a cabo el proceso de construcción de una forma sistemática y rigurosa con el fin de garantizar las posibles inferencias que con posterioridad se fuesen a extraer de los datos, además de permitir el ahorro de tiempo y esfuerzo. En este sentido, se debe mencionar que el propio proceso de validación empezó en la consideración de fases que se siguieron en su construcción. Las fases que se tuvieron en cuenta para la elaboración del ESQUIZO-Q se recogen en la tabla 2.1.



Tabla 2.1. Fases del proceso de construcción del ESQUIZO-Q (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008)

- 1. Marco general del instrumento de medida**
 - Justificación y motivación
 - Contexto de aplicación y determinación del constructo objeto de medición
 - Uso e interpretación de las puntuaciones
- 2. Definición operativa de la variable medida**
 - Definición operativa
 - Definición sintáctica y semántica
- 3. Especificaciones del instrumento de medida**
 - Requerimientos para su aplicación
 - Tipo, número, longitud, formato, contenido y distribución de los ítems
 - Especificaciones e instrucciones en la entrega del material
 - Aspectos de seguridad
- 4. Construcción de los ítems**
 - Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple
 - Principios generales para la construcción de ítems
- 5. Producción, base de datos, normas de puntuación y corrección**
 - Composición
 - Edición
 - Puntuación y corrección
- 6. Estudio piloto**
 - Selección de la muestra piloto (cualitativo y cuantitativo)
 - Análisis y resultados del estudio piloto (cualitativo y cuantitativo)
 - Depuración, revisión, modificación o construcción de ítems
 - Producción de una nueva versión del instrumento de medida
- 7. Selección de otros instrumentos de medida convergentes**
 - Obtener información convergente
 - Utilizar pruebas ya validadas
- 8. Estudio de campo**
 - Selección y tamaño de la muestra y tipo de muestreo
 - Aplicación del instrumento de medida
 - Tabulación de datos y control de calidad y seguridad de la base de datos
- 9. Estimación de las propiedades psicométricas**
 - Análisis de ítems (cualitativo y cuantitativo)
 - Dimensionalidad
 - Estimación de la fiabilidad
 - Obtención de evidencias de validez
 - Baremación
- 10. Versión definitiva, informe final y manual**
 - Prueba final propuesta
 - Manual



1ª Fase. Marco general del instrumento de medida

La primera fase en la elaboración del ESQUIZO-Q fue la justificación de forma detallada de las causas que motivaron su construcción y la determinación del constructo objeto de medición, del contexto de aplicación y la población de interés, así como de las decisiones que se iban a tomar a partir de las puntuaciones de los sujetos en el cuestionario.

La construcción de un nuevo instrumento de medida para la evaluación de la personalidad esquizotípica se justificó por la inexistencia de un cuestionario específico de evaluación de este trastorno en población española adolescente y no clínica. A nivel nacional no existe ningún instrumento construido, validado y baremado específicamente para la evaluación de los rasgos de la personalidad esquizotípica en adolescentes. Asimismo, 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 o adaptación de tests e ítems de elección múltiple (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005; Moreno, Martínez y Muñiz, 2006; Muñiz y Bartram, 2007; Muñiz, Fidalgo *et al.*, 2005; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008). La finalidad última fue la de desarrollar un instrumento de medida para la evaluación de las dimensiones de la personalidad esquizotípica, o la propensión a la psicosis, en población adolescente, que permitiera detectar o seleccionar, mediante un perfil de puntuaciones, a los individuos con mayor vulnerabilidad a los trastornos del espectro esquizofrénico y, de este modo, poder llevar a cabo una evaluación psicológica más exhaustiva y precisa, así como una posible intervención clínica preventiva.

2ª Fase. Definición operativa de la personalidad esquizotípica

El objetivo esencial de la segunda fase fue la definición de forma rigurosa del constructo objeto de medición, así como de las facetas o dimensiones del mismo. En esta fase, fue también preciso realizar una definición semántica y sintáctica del constructo (Wilson, 2005). La primera se refiere básicamente a una definición operativa de las facetas o del campo de interés, mientras que la segunda se refiere, por un lado, a la relación que se establece entre las propias facetas del constructo y, por otro, a las relaciones que se establecen entre este constructo y otras variables psicológicas de interés. En ambas definiciones tuvo un papel relevante el juicio de expertos en la temática. Llevar a buen puerto esta fase no sólo repercute en la validez de contenido del ESQUIZO-Q sino también en la posterior construcción de los ítems.

Como se comentó en la introducción, la personalidad esquizotípica es un constructo bastante complejo, que puede englobar diferentes acepciones. La definición que se ha seguido para la elaboración del ESQUIZO-Q se derivó fundamentalmente de los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000), si bien es cierto que se han introducido dos consideraciones: a) la personalidad esquizotípica es un conjunto de rasgos cognitivos, emocionales y comportamentales que no se circunscribe únicamente a una alteración psicopatológica, sino que también se puede encontrar presente en la población normal (Claridge, 1997); y b) se incluyeron, dentro de la dimensión Afecto aplanado, las facetas Anhedonia social y física. La incorporación de la anhedonia (social y física) se debió básicamente a su papel como marcador de riesgo de la esquizofrenia (Horan, Brown y Blanchard, 2007; Horan, Reise, Subotnik, Ventura y Nuechterlein, 2008; Meehl, 1962) y a su capacidad predictiva en la detección de trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding *et al.*, 2005; Kwapil, 1998). Por lo tanto, y en definitiva, se consideró la personalidad esquizotípica como un conjunto de rasgos cognitivos, emocionales y comportamentales que se pueden encontrar presentes en la población normal, oscilando a lo largo del continuo salud-enfermedad y que, al igual que cualquier otro rasgo, se conecta potencialmente con un trastorno (esquizofrenia), que en determinadas condi-



ciones ambientales o en combinación con factores disparadores o formativos puede predisponer, en su caso, a la psicosis o a sus trastornos relacionados.

Las dimensiones o facetas que se incluyeron dentro del ESQUIZO-Q para la evaluación de la personalidad esquizotípica fueron: Ideas de referencia, Pensamiento mágico, Experiencias perceptivas extrañas, Pensamiento y lenguaje raros, Ideación paranoide, Afectividad inapropiada (Anhedonia física y anhedonia social), Comportamiento raro, Falta de amigos íntimos y Ansiedad social excesiva. La definición operativa de cada una de estas facetas se recoge en la tabla 2.2.

Tabla 2.2. Definición operativa de las facetas del ESQUIZO-Q

Faceta	Definición operativa
Ideas de referencia (IR)	Interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos; como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para una persona.
Pensamiento mágico (PM)	Ideas o creencias acerca de la posible causa mágica de los hechos, así como la tendencia a creer en aspectos <i>cuasicientíficos</i> , como los amuletos, la magia, las supersticiones, los poderes mentales o la existencia de extraterrestres.
Experiencias perceptivas extrañas (EPE)	Conjunto de alteraciones en la percepción de estímulos (en sus diferentes modalidades sensoriales), entre las que se incluyen la ilusión perceptiva y las experiencias alucinatorias. La ilusión perceptiva es una interpretación errónea de estímulos ambiguos referidos al cuerpo o al ambiente. Una alucinación es una experiencia similar a la percepción que ocurre en ausencia de un estímulo físico externo apropiado, en donde la persona siente que esa percepción es real, no pudiéndola dirigir ni controlar voluntariamente.
Pensamiento y lenguaje raros (PLR)	Alteraciones sutiles en el pensamiento y el lenguaje (desorganización cognitiva), tales como: problemas en la velocidad, fluidez, curso de las ideas, así como un lenguaje y pensamiento extraños que puede incluir frases y construcciones raras, además de ser indefinido o vago, pero sin llegar a un verdadero descarrilamiento o incoherencia del mismo.
Ideación paranoide (IP)	Creencias o ideas relacionadas con la falta de confianza en los demás, con el hecho de vislumbrar motivaciones ocultas en las acciones de los otros o con la creencia de que los otros le quieren hacer daño de forma intencionada o le miran con desprecio.
Afectividad inapropiada (AI) (Anhedonia física, AF y anhedonia social, AS)	Estado emocional caracterizado por un afecto aplanado y restringido, así como por una dificultad para experimentar placer físico y social. La Anhedonia física se refiere a la falta de capacidad para experimentar placer por medio de estimulación sensorial (tacto, olfato, etc.); en cambio la Anhedonia social se refiere a la falta de capacidad para experimentar placer de tipo social o interpersonal.
Comportamiento raro (CR)	Conjunto de conductas o comportamientos considerados como raros o excéntricos por uno mismo o por los demás a causa de manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir o una falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas o ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros de clase).
Falta de amigos íntimos o pérdida de confianza en los familiares de primer grado (FAI)	Ausencia de relaciones sociales y de confianza con amigos y familiares cercanos (primer grado) que se plasma en la ausencia de deseos de contactos íntimos y de comodidad cuando se relacionan con otras personas y en la tendencia a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
Ansiedad social excesiva (ASE)	Alteraciones en los sistemas motor, cognitivo y emocional, como sudoración, malestar, evitación o creencia de que no «encajan» en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida. La ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando el sujeto pasa suficiente tiempo en un lugar o cuando se familiariza con los demás, y su ansiedad tiende a estar asociada con un recelo sobre las intenciones ajenas.



3. Normas de aplicación y corrección

3.1. Aspectos generales

El ESQUIZO-Q es un cuestionario elaborado en español para la medición de los rasgos de la personalidad esquizotípica, o más genéricamente, la propensión a la psicosis en población adolescente. Se compone de 51 ítems y se aplica de forma rápida y no invasiva. El formato de respuesta es tipo *Likert* de 5 puntos en función del grado de adhesión que, como señala la literatura psicométrica al respecto, mejora la fiabilidad y la validez de los resultados, así como la satisfacción de respuesta de los usuarios (Muñiz, García-Cueto y Lozano, 2005). La construcción se realizó siguiendo las directrices internacionales para el desarrollo y la traducción de tests y para la construcción de ítems (Downing y Haladyna, 2006; Moreno *et al.*, 2006; Muñiz y Bartram, 2007; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008). Los ítems incluidos en el ESQUIZO-Q están avalados por la literatura previa (*American Psychiatric Association*, 2000; Gooding *et al.*, 2005; Kwapil *et al.*, 2008), no presentan funcionamiento diferencial en función del sexo y se encuentran agrupados en 10 factores de primer orden que, a su vez se agrupan en tres factores de segundo orden que se han derivado de criterios psicométricos y empíricos. Los factores de primer orden o escalas son:

- Ideación referencial
- Pensamiento mágico
- Experiencias perceptivas extrañas
- Pensamiento y lenguaje raros
- Ideación paranoide



- Anhedonia física
- Anhedonia social
- Comportamiento raro
- Falta de amigos íntimos
- Ansiedad social excesiva.

Los factores de segundo orden son:

- Distorsión de la realidad
- Dimensión negativa
- Desorganización interpersonal

Las escalas hacen referencia a diferentes rasgos cognitivos, emocionales y comportamentales que informan de la situación actual del adolescente y están relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico grave.

El objetivo principal del ESQUIZO-Q es detectar y seleccionar adolescentes con rasgos de la personalidad esquizotípica elevados o con propensión a la psicosis, con la finalidad última de llevar a cabo una evaluación psicológica más precisa y exhaustiva en los casos detectados y, si se considera oportuno, una intervención preventiva precoz. En este sentido el ESQUIZO-Q se debe utilizar como instrumento de *screening* psicopatológico en la selección de adolescentes con riesgo o vulnerabilidad a la psicosis siempre en combinación con otros métodos de evaluación (p. ej., entrevistas o pruebas neuropsicológicas) y en relación con otros factores ambientales, biológicos y sociales dentro de un modelo de vulnerabilidad-estrés.

3.2. Normas de aplicación

El ESQUIZO-Q es un autoinforme que se puede aplicar de forma individual o colectiva. Todas las normas de aplicación van dirigidas a evitar posibles fuentes de error no deseadas y garantizar las inferencias y conclusiones que con posterioridad se van a derivar de las puntuaciones de los participantes; se trata por tanto de que dichas normas de aplicación conduzcan a la obtención de evidencias de validez de los datos. No cabe duda de que el uso que se hace del ESQUIZO-Q (no sólo del test sino también de las consecuencias que se pueden derivar del mismo) es una variable importante, hacia la cual los profesionales deben estar especialmente sensibilizados. Algunas consideraciones que se deben tener presentes en la aplicación del ESQUIZO-Q se presentan a continuación.

3.2.1. Acondicionamiento del entorno de aplicación

Para la aplicación del ESQUIZO-Q se debe disponer de un aula o cualquier otro lugar debidamente acondicionado donde se pueda realizar la aplicación en unas condiciones favorables. El entorno debe

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

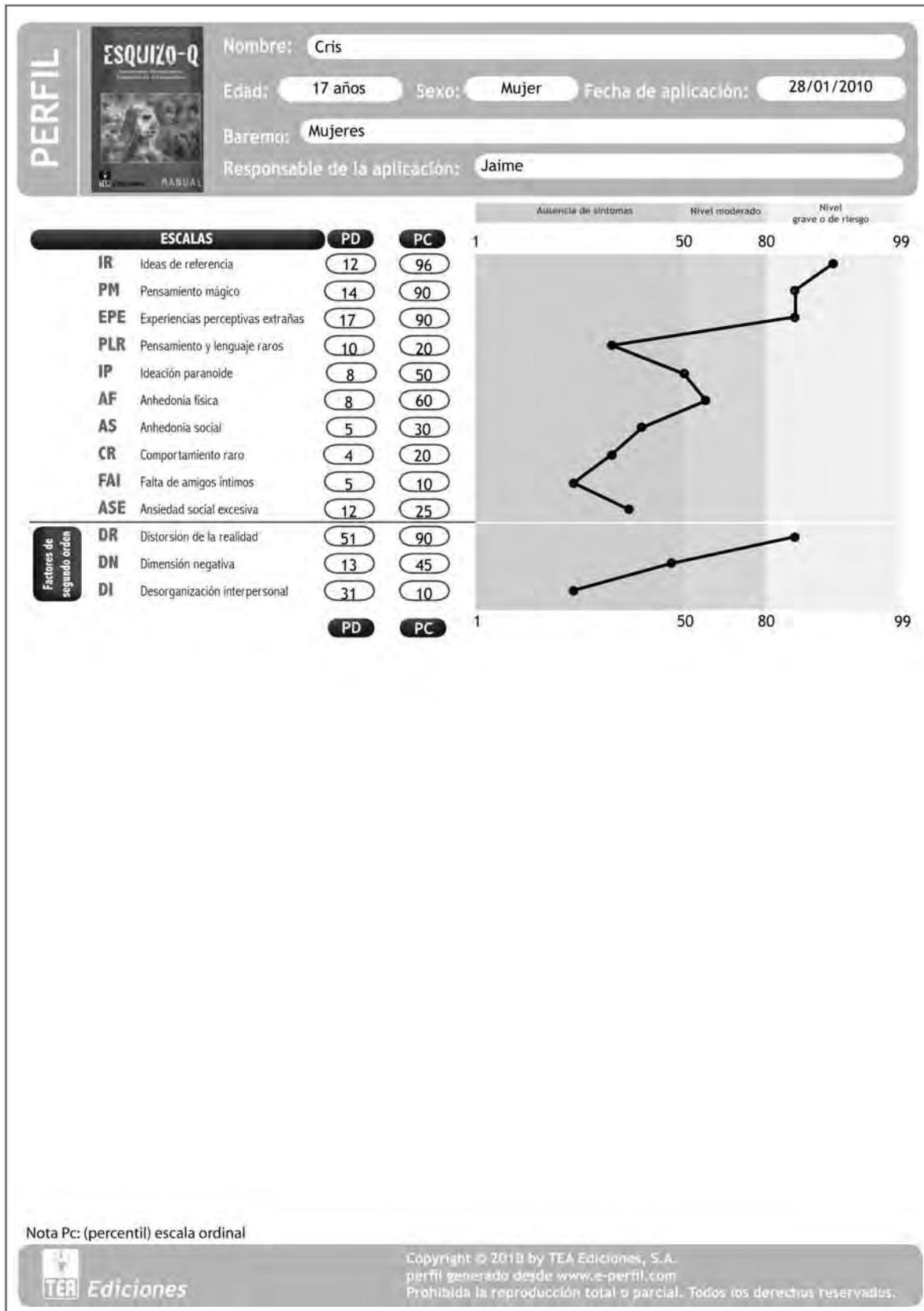
Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com





Figura 6.1. Ejemplo de perfil generado tras la corrección mediante la plataforma TEAcorrige



LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com



La esquizofrenia es un trastorno psicológico grave que representa un problema social y sanitario de consideración, tanto por su prevalencia (afecta aproximadamente al 1% de la población) como por las graves consecuencias personales y sociales que acarrea. Suele tener su inicio en la adolescencia tardía o en la adultez temprana y genera múltiples problemas que afectan a los pacientes y también a su entorno familiar y social.

Las actuaciones más eficaces se centran en la prevención, la detección y la intervención temprana de las personas de riesgo o con vulnerabilidad a desarrollar esquizofrenia o trastornos del espectro esquizofrénico, tales como los trastornos psicóticos afectivos y las personalidades esquizoide, esquizotípica y paranoide.

EL **ESQUIZO-Q** es un instrumento de aplicación breve (entre 4 y 8 minutos) destinado a la evaluación de los rasgos de la personalidad esquizotípica y la detección de la propensión a la psicosis en adolescentes de entre 14 y 19 años. Consta de dos versiones, la completa formada por 51 ítems y una versión abreviada de tan solo 23 ítems, destinada a los casos en los que se necesita hacer un *screening* rápido de un número elevado de adolescentes.

Se evalúan 10 escalas y tres dimensiones de segundo orden y los numerosos estudios realizados confirman las buenas propiedades psicométricas del instrumento.

Las cualidades técnicas del **ESQUIZO-Q**, su indudable utilidad práctica y la originalidad de la obra han hecho que obtuviese el **PREMIO TEA EDICIONES DE INVESTIGACIÓN EN SU XIV EDICIÓN (2009)**.