

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO **ESQUIZO-Q**

RESUMEN DE LA VALORACIÓN DEL TEST

Descripción general

Características	Descripción
Nombre del test	ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia
Autor	Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García
Autor de la adaptación española	No procede
Editor de la adaptación española	No procede
Fecha de la última revisión del test en su adaptación española	No procede
Constructo evaluado	Personalidad esquizotípica, propensión a la psicosis
Área de aplicación	Psicología Clínica
Soporte	Papel y lápiz

Valoración general

Características	Valoración	Puntuación
Calidad de los Materiales y documentación	Excelente	4.5
Fundamentación teórica	Excelente	4.5
Adaptación Española	No procede	
Análisis de los ítems	Excelente	4.5
Validez de contenido	Buena	3.5
Validez de constructo	Buena	4
Análisis del sesgo	Excelente	4.5
Validez predictiva	No se aporta	
Fiabilidad: equivalencia	No se aporta	
Fiabilidad: consistencia interna	Buena	3.5
Fiabilidad: estabilidad	No se aporta	
Baremos	Excelente	4.5

Comentarios generales

Se trata de una prueba estandarizada con evidente utilidad dentro del paradigma de alto riesgo psicométrico en el estudio de la esquizofrenia y los desórdenes del espectro esquizofrénico. La versión completa proporciona un perfil general en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la personalidad esquizotípica, dando un perfil de las puntuaciones obtenidas en los factores de primer orden. Tanto la versión completa como la abreviada, proporcionan las puntuaciones en tres dimensiones generales (distorsión de la realidad, desorganización interpersonal y anhedonia), en sintonía con una concepción de la esquizofrenia que se presentaría en tres posibles modalidades: positiva, negativa y desorganizada, en consonancia con la literatura más respaldada por la investigación. Es un test de rápida aplicación y fácilmente comprensible, incluso para población juvenil, y con un sistema sencillo de corrección. La documentación aportada con el test permite una correcta aplicación e interpretación del mismo. La herramienta online para su corrección, ofrecida por la editorial, tiene una interfaz sencilla y los resultados que se obtienen (puntuaciones directas, percentiles y perfil para cada uno de los factores de primer orden y para los tres de segundo orden) es útil clínicamente. Otros puntos fuertes del test son los siguientes:

- Especial cuidado en la fundamentación teórica y la redacción de los ítems (revisiones por expertos, estudio piloto, etc.).
- Tiempo de aplicación reducido (entre 4 y 8 minutos para la versión completa)
- El uso de dos muestras grandes, que permite valorar mediante validación cruzada de los resultados originales.
- Estudio del funcionamiento diferencial de los ítems a través del sexo, que permite defender la utilización de un baremo único si se desea realizar una interpretación sobre la población global, y permite comparar las puntuaciones de ambos grupos, ya que los resultados apuntan a la equivalencia métrica de las puntuaciones para ambos sexos.
- Evidencia de consistencia interna y de validez convergente con otros instrumentos, en este último caso, para las dimensiones de distorsión de la realidad y desorganización interpersonal.
- Hay que valorar muy positivamente que los autores sigan recogiendo y publicando evidencias sobre el test.

Como puntos débiles se podría señalar la posible falta de representatividad de la muestra respecto al conjunto de las comunidades de España. Si bien cabe destacar el elevado número de participantes (más de 3000 adolescentes) seleccionados aleatoriamente mediante

muestreo estratificado por conglomerados a nivel de aula y en dos años consecutivos, la muestra sobre la que se estudian las propiedades psicométricas del test se refieren en exclusividad a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Aunque en principio no tiene por qué existir diferencias con otras Comunidades de España, esto no está garantizado. Es posible que ciertos factores culturales hayan podido influir en la respuesta a algunos de los ítems. Futuros estudios deberían evaluar la equivalencia de las propiedades métricas en muestras más heterogéneas en localización, que garanticen la generalización de resultados a otras comunidades. Igualmente, una limitación del test tiene que ver con la validez predictiva del mismo. No se presentan estudios longitudinales que pongan de manifiesto que el alto riesgo identificado mediante el test se corresponde, posteriormente, con una mayor probabilidad de padecer algún trastorno del espectro esquizofrénico. Probablemente los autores del test estén trabajando en ello y en un futuro saldrán a la luz estos datos que supondrían, en última instancia, un nuevo aval para la validez de las inferencias realizadas con el test para detectar el riesgo de padecer un trastorno psicótico. Otros puntos débiles y algunas sugerencias de mejora son los siguientes:

- Ausencia de evidencia sobre la fiabilidad test-retest, si bien los autores han indicado que se están recogiendo datos para poder realizar este tipo de análisis, por lo que se espera que esta cuestión quede solventada próximamente.
- En el segundo estudio, las fiabilidades son sensiblemente inferiores a las del primer estudio. Parece que los coeficientes iniciales podrían ser artificialmente altos debido a un posible efecto de capitalización del azar.
- Evidencia débil en relación a la dimensión negativa, tanto en términos de fiabilidad como de validez convergente.
- Aunque la evidencia sobre dimensionalidad es generalmente favorable, la aplicación del Análisis factorial podría mejorarse.
- Existen inconsistencias en la contribución de la dimensión IR en las versiones completa y abreviada, el Esquizo-Q y el Esquizo-A. Esta dimensión, en el Esquizo-Q es un indicador del factor de segundo orden “distorsión de la realidad”, mientras que en el Esquizo-A, es un indicador del factor de segundo orden diferente: “desorganización interpersonal” (ver comentarios generales sobre validez, en lo que se refiere a validez de contenido)
- Los baremos están hechos tras depurar la muestra atendiendo a los resultados en una escala de infrecuencia. Cabe señalar que son escasos los trabajos que utilizan escalas de infrecuencia de respuesta en sus estudios, lo que supone un punto a favor del ESQUIZO-Q. Sin embargo, aunque los sujetos con patrones infrecuentes son un grupo pequeño (un 3% de la muestra original) se desconoce cómo serían clasificados en el

baremo, por lo que sería recomendable el uso de la escala de infrecuencia conjuntamente al ESQUIZO-Q.

- La justificación de los puntos de corte ofrecidos es un mejorable, ya que estos quedan justificados de una forma algo general e inespecífica (ver comentarios sobre baremación)

Muchas de estas cuestiones podrían solucionarse fácilmente con una nueva redacción del manual en futuras reimpressiones/ediciones (por ejemplo, la mejora en aplicación del análisis factorial, la inclusión de los resultados del segundo estudio de validación cruzada) mientras que otros pueden requerir nuevos estudios empíricos (p.e., para mejorar la escala de Dimensión Negativa se podría plantear un incremento en la longitud de la escala o una mejora de los ítems, lo que requeriría nuevos estudios).

En cualquier caso, el campo para el que el test parece tener mayor utilidad es el de la detección precoz de población con vulnerabilidad psicológica al padecimiento de algún desorden del espectro esquizofrénico, con miras a la implementación de programas psicológicos de prevención. A este respecto, al contar el test con 10 factores de primer orden, se podría trabajar sobre algún aspecto concreto que se viera especialmente afectado (p.ej., discutiendo las creencias del adolescente sobre pensamiento mágico a través de la técnica del “disputing” de la Terapia Racional-Emotiva). Las aplicaciones que se hagan del cuestionario deberían ser sensibles a las peculiaridades culturales de ciertas poblaciones que se podrían confundir fácilmente con respuestas características de la personalidad esquizotípica (p.ej., creencias en el “mal de ojo” en ciertas zonas rurales, etc.). Habría que ser, igualmente, muy precavido a la hora de extender el test a rangos de edad diferentes de los contemplados por los autores. Como han comprobado los propios autores y como aparece reflejado en la justificación psicométrica del cuestionario, existen diferencias en función de la edad de las personas que han tomado parte en el estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario. En general se observa una tendencia a ir incrementando las puntuaciones hasta llegar a los máximos valores para el grupo de edad que comprende sujetos entre 18 y 19 años de edad, periodo crítico en la aparición de un trastorno del espectro esquizofrénico. Además, como se ha mostrado en la literatura sobre el tema, existe un cierto solapamiento entre algunos de los síntomas que caracterizan la esquizofrenia y las conductas y actitudes propias de los adolescentes, por lo que su extensión a otros rangos de edad mayores (por ejemplo, población adulta) podría suponer graves errores de valoración.

ANÁLISIS DETALLADO DE LA PRUEBA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TEST

1.1. Nombre del test

ESQUIZO-Q. Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia

1.2. Nombre del test en su versión original

No procede

1.3. Autor

Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García

1.4. Autor de la adaptación española

No procede

1.5. Editor del test en su versión original

TEA ediciones

1.6. Editor de la adaptación española

No procede

1.7. Fecha de publicación del test original

2010

1.8. Fecha de la publicación del test en su adaptación española

No procede

1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española

No procede

1.10. Área general de la variable que pretende medir el test

Personalidad, escalas clínicas

1.11. Breve descripción de la variable que pretende medir el test

Se trata de un test de aplicación breve (se requieren entre 4 y 8 minutos para su cumplimentación) para la evaluación de los rasgos de personalidad esquizotípica, o propensión a la psicosis en población adolescente (entre 14 y 19 años de edad). En concreto evalúa la propensión a la esquizofrenia desde un paradigma psicométrico de alto riesgo. Se trata de una prueba de *screening* que permite detectar adolescentes con propensión a un trastorno psicológico grave, con la finalidad última de llevar a cabo una evaluación psicológica más precisa de los casos detectados.

Presenta una versión extensa y otra abreviada. La versión extensa, de 51 items, se compone de 10 escalas o factores de primer orden, que se agrupan en tres escalas o factores de segundo orden. Las 10 escalas del ESQUIZO-Q permiten evaluar las siguientes facetas de personalidad esquizotípica:

- Ideas de referencia (IR). Tendencia a interpretar incorrectamente incidentes casuales y acontecimientos externos, atribuyéndoles un significado especial e inhabitual referido a uno mismo.
- Pensamiento mágico (PM). Tendencia a considerar que los acontecimientos que ocurren tienen causas mágicas y a creer en cuestiones poco científicas como los amuletos, la magia, las supersticiones, los poderes mentales o la existencia de seres extraterrestres.
- Experiencias perceptivas extrañas (EPE). Presencia de alteraciones en la percepción de los estímulos (en sus diferentes modalidades sensoriales); incluye ilusiones perceptivas (percepción errónea de estímulos ambiguos referidos al cuerpo o al ambiente) y experiencias alucinatorias.
- Pensamiento y lenguaje raros (PLR). Presencia de alteraciones leves en el pensamiento y en el lenguaje, de problemas de concentración y fuga de ideas.
- Ideación paranoide (IP). Tendencia a desconfiar de los demás, a vislumbrar motivaciones ocultas en las acciones de los otros, a creer que los otros te quieren hacer daño o que te miran con desprecio.
- Anhedonia física (AF). Presencia de estado emocional aplanado y restringido, con falta de capacidad para experimentar placer proveniente de diferentes fuentes estimulares (tacto, olfato, etc.).
- Anhedonia social (AS). Incapacidad para experimentar placer con las relaciones interpersonales y sociales.
- Comportamiento raro (CR). Presencia de conductas o comportamientos considerados como raros o excéntricos, manierismos poco corrientes, forma tosca de vestir y/o falta de atención a las convenciones sociales habituales.
- Falta de amigos íntimos (FAI). Ausencia de relaciones sociales y desconfianza con amigos y con familiares cercanos.
- Ansiedad social excesiva (ASE). Alteraciones en los sistemas motor, cognitivo y emocional en aquellas situaciones que implican interactuar con gente desconocida.

Las puntuaciones obtenidas en estas escalas o factores de primer orden, permiten obtener puntuaciones en tres dimensiones generales o factores de segundo orden:

- Distorsión de la realidad (DR). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas Ideas de referencia, Pensamiento mágico, Experiencias perceptivas extrañas e Ideación paranoide. Una puntuación elevada indica presencia de alteraciones de la percepción sensorial, pensamiento cuasi-científico, de tipo auto-referencial y de carácter paranoide.
- Dimensión Negativa (DN). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas de Anhedonia (física y social). Una puntuación elevada indica tendencia a mostrar

afectividad restringida, embotamiento afectivo y dificultad para experimentar placer, tanto en las situaciones sociales como ante cualquier tipo de estimulación sensorial.

- Desorganización interpersonal (DI). Resultado de sumar las puntuaciones en las escalas Falta de amigos íntimos, Comportamiento raro, Pensamiento y lenguaje raros y Ansiedad social excesiva. Una puntuación elevada indica tendencia a mostrar lenguaje, pensamiento y/o comportamientos raros, que se acompañan de una ansiedad social excesiva y de una falta de amigos íntimos.

Por lo que se refiere a la versión abreviada del test (ESQUIZO-Q-A) de tan sólo 23 ítems que los autores recomiendan utilizar en contextos en que el objetivo principal de la evaluación no sea directamente evaluar el riesgo de padecer algún trastorno del espectro esquizofrénico. Esta versión abreviada cuenta con los siguientes factores de primer orden: Experiencias perceptivas extrañas / pensamiento mágico, anhedonia social, falta de amigos íntimos, pensamiento y lenguaje raros / ansiedad social excesiva, comportamiento raro, ideación paranoide, anhedonia física y, por último, ideas de referencia. Estos ocho componentes de la versión abreviada se subsumen en los mismos tres factores que los recogidos en la versión estándar del cuestionario que son, finalmente, los que recogen los baremos.

1.12. Áreas de aplicación

Psicología clínica

1.13. Formato de los ítems

Tipo Likert, con 5 opciones de respuesta

1.14. Número de ítems

Versión extendida: 51 ítems.

Se distribuyen del siguiente modo a lo largo de las 10 escalas: Ideas de referencia (IR): 4 ítems, pensamiento mágico (PM): 5; experiencias perceptivas extrañas (EPE): 7; pensamiento y lenguaje raros (PLR): 6; ideación paranoide (IP): 5; anhedonia física (AF): 4; anhedonia social (AS): 5; comportamiento raro (CR): 4; falta de amigos íntimos (FAI), 4; y ansiedad social excesiva (ASE): 7

Para los factores de segundo orden:

- Distorsión de la realidad: $IR(4)+PM(5)+EPE(7)+IP(5) = 21$
- Dimensión negativa: $AF(4)+AS(5) = 9$
- Desorganización interpersonal: $PLR(6)+CR(4)+FAI(4)+ASE(7) = 21$

Versión abreviada: 23 ítems.

El número de ítems de los 8 factores de primer orden aparecen entre paréntesis a continuación, para cada uno de los factores de segundo orden:

- Distorsión de la realidad: $PM(2)+EPE(2)+IP(2) = 6$
- Dimensión negativa: $AS(4)+AF(3) = 7$
- Desorganización interpersonal: $IR(2)+PLR(2)+CR(2)+FAI(2)+ASE(2) = 10$

1.15. Soporte

Papel y lápiz

1.16. Cualificación requerida para el uso del test de acuerdo con la documentación aportada

Nivel C

Aunque el Esquizo-Q es de fácil aplicación y corrección, se trata de una escala clínica. Por tanto, las puntuaciones deberían ser interpretadas únicamente por profesionales con la adecuada preparación y experiencia clínica, con formación en tests psicológicos, que puedan tener en cuenta el perfil completo de puntuaciones y considerar otros factores genéticos y ambientales de riesgo. Al tratarse de un test de screening psicopatológico, en caso de resultado positivo deben complementarse los resultados con otros métodos de evaluación (p.ej. entrevistas o pruebas neuropsicológicas).

1.17. Descripción de las poblaciones a las que el test es aplicable

Población adolescente española, con un rango de edad entre 14 y 19 años.

Los baremos están divididos en función del sexo, señalando los autores en la justificación estadística del test que existen diferencias en algunas de las escalas en función tanto del sexo como de la edad. El estudio de campo se ha realizado a partir de un muestreo aleatorio estratificado por aulas escolares, siendo por tanto los adolescentes escolarizados la población diana.

1.18. Existencia o no de diferentes formas del test y sus características

Existen dos formas del test, la estándar (ESQUIZO-Q) de 51 items y la abreviada (ESQUIZO-Q-A), de 23 items. La versión estándar estaría indicada como instrumento de cribado que permite seleccionar a participantes de riesgo de desarrollar algún trastorno del espectro esquizofrénico, mientras que la abreviada está pensada para su uso clínico o investigación en aquellos contextos que no tengan por objetivo principal la evaluación del riesgo psicométrico a presentar algún desorden del espectro esquizofrénico, sino que simplemente se quiera recabar información sobre este conjunto de rasgos de la personalidad (por ejemplo para contrastar con otras informaciones)

1.19. Procedimiento de corrección

Versión estándar (ESQUIZO-Q): Efectuado exclusivamente por la empresa suministradora: Se corrige on-line: www.teacorrige.com (el cliente compra usos del test y tras teclear las respuestas de un protocolo, puede recibir el perfil de puntuaciones –puntuaciones directas y percentiles). Se estima que este proceso requiere 2 minutos por protocolo.

Versión abreviada (ESQUIZO-Q-A). A través de hoja auto-correctible se obtienen las puntuaciones directas en las tres dimensiones generales. El usuario debe consultar la tabla de baremos para obtener las puntuaciones percentiles.

1.20. Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas

Cada ítem se puntúa de 1 a 5 y las puntuaciones directas en las escalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems de la escala (previa recodificación de los ítems invertidos).

En la versión estándar, las puntuaciones en las 10 escalas y los 3 factores de segundo orden son ofrecidas directamente por la plataforma de corrección de TEA. Cabe señalar que, para esta versión estándar, se recomienda no corregir ni interpretar los cuestionarios que tuvieran más de dos ítems en blanco, ya que, como algunas escalas evaluadas por el ESQUIZO-Q cuentan con un número reducido de ítems, la omisión de varias respuestas puede alterar significativamente los resultados. De hecho, la aplicación informática de TEA, no corrige protocolos con más de dos preguntas sin respuesta. En el caso en que se hayan dejado una o dos preguntas sin respuesta, los ítems no contestados recibirán la puntuación equivalente a la media aritmética obtenida a través del resto de ítems de la escala correspondiente.

En la versión abreviada se obtienen puntuaciones únicamente en los factores de segundo orden. Se recomienda que se responda a todos y cada uno de los ítems para la corrección de la prueba, si bien queda a juicio del profesional el número de ítems sin respuesta permitidos.

1.21. Transformación de las puntuaciones

Característica no aplicable para este instrumento. Las puntuaciones directas no son transformadas, ni linealmente ni siguiendo un proceso de normalización. Sí se obtienen los percentiles correspondientes para la interpretación de las puntuaciones.

1.22. Escalas utilizadas

Puntuaciones basadas en percentiles. En concreto, centiles. A través de estos se establecen distintos puntos de corte:

Ausencia de síntomas: Puntuaciones por debajo del percentil 50.

Nivel moderado: Puntuaciones entre el percentil 50 y 80.

Nivel grave o de riesgo: Puntuaciones por encima del percentil 80.

También se establecen perfiles de riesgo para una evaluación más completa (p.ej., si un adolescente puntúa por encima del punto de corte -80- en todas las escalas que conforman un único componente de segundo orden).

1.23. Posibilidad de obtener informes automatizados

Sí para la versión estándar de 51 ítems, aunque el informe únicamente consiste en la elaboración de un perfil. En concreto el informe automático del ESQUIZO-Q presenta, para cada una de las 10 escalas y para los tres factores de segundo orden, las puntuaciones directas (PD) y percentiles (Pc) atendiendo al baremo correspondiente. Además se incluye un perfil gráfico ilustrativo de la situación del evaluado en cada escala según tres niveles (ausencia de síntomas, nivel moderado, y nivel grave o de riesgo).

1.24. Oferta por parte del editor de un servicio para la corrección y/o elaboración informes

Sí para la versión estándar del ESQUIZO-Q

1.25. Tiempo estimado para la aplicación del test

En aplicación individual: entre 4 y 8 minutos la versión completa

En aplicación colectiva: entre 4 y 8 minutos la versión completa

Para la versión abreviada, en la que se aplican 23 de los 51 ítems, no se menciona

1.26. Documentación aportada por el editor

Manual y artículos complementarios

1.27. Precio de un juego completo de la prueba*

Manual + Kit corrección 25 usos ESQUIZO-Q + 25 Ejemplares autocorregibles ESQUIZO-Q-A: 84.83 €

1.28. Precio y número de ejemplares del paquete de cuadernillos*

Kit corrección ESQUIZO-Q (25 Ejemplares, Pin 25 usos): 46,89 euros

Ejemplares autocorregibles ESQUIZO-Q-A (25 ejemplares): 19,24 euros.

1.29. Precio y número de ejemplares del paquete de hojas de respuesta*

No procede

1.30. Precio de la corrección y/o elaboración de informes por parte del editor*

Kit corrección ESQUIZO-Q (25 Ejemplares, Pin 25 usos): 46,89 euros

La corrección mediante internet y la obtención del perfil de resultados queda incluido en el Kit de corrección (ver apartado 1.28)

*Los precios están actualizados con fecha 18 de julio de 2014. Para obtener precios más actualizados consultar la página web de la compañía editora: <http://web.teaediciones.com>

1.31. Bibliografía básica acerca del test aportada en la documentación

El manual incluye 8 páginas de referencias bibliográficas actualizadas, muchas de ellas centradas en personalidad esquizotípica. En relación a las propiedades psicométricas del ESQUIZO-Q existen varias referencias de los propios autores. La página de TEA recoge también algunas de las publicaciones de los autores sobre el test. Algunas referencias adicionales relevantes son:

Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos Giráldez, S., García Cueto, E., Campillo Alvarez, A., & Villazón García, U. (2007). La multidimensionalidad de la esquizotipia a revisión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 117-126.

Fonseca-Pedrero, E., Paíno-Piñeiro, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú., & Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire—Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111(1), 53-60.

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., & Muñiz, J. (2010). ESQUIZO-Q: un instrumento para la valoración del «alto riesgo psicométrico» a la psicosis. *Clinica y Salud*, 21 (3), 255-269.
- Pedrero, E. F., Giráldez, S. L., Piñeiro, M. D. L. M. P., Baigrie, S. S., Rosell, M. S., & Fernández, J. M. (2011). Internal structure and reliability of the Oviedo Schizotypy Assessment Questionnaire (ESQUIZO-Q). *International journal of clinical and health psychology*, 11 (2), 385-401.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Muñiz, J. (2011). Schizotypy, emotional-behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry research*, 190 (2), 316-321.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2012). Reliability and Sources of Validity Evidence of the Oviedo Schizotypy Assessment Questionnaire-Abbreviated (ESQUIZO-QA). *The Spanish journal of psychology*, 15 (2), 840-849.

2. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL TEST

Aspectos generales

Contenido	Valoración	Puntuación
2.1. Calidad de los materiales del test	Excelente	4.5
2.2. Calidad de la documentación aportada	Excelente	4.5
2.3. Fundamentación teórica	Excelente	4.5
2.4. Adaptación del test	No procede	
2.5. Calidad de las instrucciones	Excelente	5
2.6. Facilidad para comprender la tarea	Excelente	4.5
2.7. Facilidad para registrar las respuestas	Excelente	4.5
2.8. Calidad de los ítems (aspectos formales)	Excelente	4.5
2.9. Datos sobre el análisis de los ítems	Excelente	4.5

Validez de contenido

Contenido	Valoración	Puntuación
2.10. Calidad de la representación del contenido o dominio	Buena	4
2.11. Consultas a expertos	Adecuada	3

Validez de constructo

Contenido	Valoración	Puntuación
2.12. Diseños empleados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correlaciones con otros tests ▪ Diferencias entre grupos* ▪ Análisis factorial exploratorio ▪ Análisis factorial confirmatorio* ▪ Análisis de invarianza/funcionamiento diferencial de los ítems 	

2.13.	Tamaño de las muestras	Excelente	4.5
2.14.	Procedimiento de selección de las muestras	• Aleatorio	
2.15.	Mediana de las correlaciones del test con otros tests similares	Adecuada	3
2.16.	Calidad de los test empleados como criterio o marcador	Excelente	4.5
2.17.	Resultados sobre las diferencias entre grupos	Buena	4
2.18.	Resultados de la matriz multirrasgo-multimétodo	No se aporta	
2.19.	Resultados del análisis factorial	Adecuada	3
2.20.	Datos sobre el sesgo de los ítems	Excelente	4.5

Comentarios sobre la validez de constructo.

* Los resultados relacionados con diferencias entre grupos y el análisis factorial confirmatorio no se presentan en el manual sino en alguna de las publicaciones mencionadas en el punto 1.31

Validez predictiva

Criterios empleados y las características de las poblaciones.

	Contenido	Valoración	Puntuación
2.21.	Diseño de selección del criterio	No se aporta	
2.22.	Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.23.	Procedimiento de selección de las muestras	No se aporta	
2.24.	Correlaciones del test con los criterios	No se aporta	

Comentarios generales sobre validez

En relación a la validez de contenido

El manual describe la participación de tres expertos en construcción de ítems y tres expertos en el campo de la personalidad esquizotípica. Se señala una revisión exhaustiva de los autoinformes existentes en la literatura (el SPQ, el TPSQ, el O-OLIFE, CAPE, PDI-21, MMPI-2, STA y PSQ) y una valoración por los expertos de los ítems (si cada ítem estaba bien redactado para la población de interés, la dimensión a la que pertenecía el ítem y la pertinencia

para evaluar esa faceta). Habría sido recomendable haber recogido la opinión de un mayor número de expertos.

Asimismo, respecto al contenido de las dimensiones, cabe señalar una cierta incongruencia en la composición de las escalas de segundo orden en el ESQUIZO-Q y en el ESQUIZO-Q-A, especialmente en la contribución de la escala IR: (a) En el cálculo de Distorsión de la realidad en el ESQUIZO-Q, IR y EPE aportan más ítems que IP y PM, mientras que en el ESQUIZO-Q-A, IR no aporta ningún ítem y el resto aportan el mismo número de ítems; (b) En el cálculo de Desorganización interpersonal en el ESQUIZO-Q, PLR y ASE aportan más ítems que CR y FAI, mientras que en el ESQUIZO-Q-A, IR aporta 2 ítems para esta dimensión (en vez de para distorsión de la realidad), al igual que el resto de factores de primer orden, aportando todos el mismo número de ítems. Estas diferencias podrían cuestionar que en ambas versiones del test se esté evaluando el mismo constructo, lo que debería evaluarse en futuros trabajos.

En relación a la validez de constructo:

Estudios de relaciones con otros tests:

Estudio descrito en el manual:

- Se ofrecen correlaciones con el SPQ-B (*Schizotypal Personality Questionnaire-Brief*, que evalúa personalidad esquizotípica, mediante tres escalas: Cognitiva-perceptual, Interpersonal y Desorganizada). En general, para el ESQUIZO-Q, las correlaciones de las escalas del ESQUIZO-Q con las del SPQ-B, exceptuando las de Anhedonia, son positivas y significativas (entre .19 y .63). Tres de las Escalas de distorsión de la realidad (IR, PM y EPE) correlacionan alto con la escala Cognitiva-perceptual del SPQ-B (entre .49 y .63), la escala ASE con la escala Interpersonal (.53) y la escala CR con la escala Desorganizada (.58). En el manual no se informa de los resultados para los factores de segundo orden. En relación al ESQUIZO-Q-A, la evidencia es excelente para la escala de Distorsión de la realidad (correlación de .63 con la escala cognitivo-perceptual) y buena para la escala de Desorganización Interpersonal (correlaciones de .54 y .53 con las escalas Interpersonal y Desorganizada, respectivamente).
- Se ofrecen correlaciones con el RADS (*Reynolds Adolescent depression*, que evalúa sintomatología depresiva en adolescentes con cuatro escalas: Disforia, Anhedonia, Autoevaluación negativa y Quejas somáticas). Se obtuvieron correlaciones significativas pero pequeñas entre las dos escalas de Anhedonia del ESQUIZO-Q y la del RADS (.22, para AF, y .32, para AS), que podrían considerarse adecuadas con ciertas carencias. Las correlaciones entre el resto de las escalas son positivas y de tamaño moderado (entre .24 y .50). Las correlaciones más altas se obtienen entre auto-evaluación negativa del RADS y las escalas FAI e IP (.48 y .50, respectivamente). En el manual no se informa de los resultados para los factores de segundo orden.

En relación al ESQUIZO-Q-A, la evidencia es adecuada pero con algunas carencias para la Dimensión Negativa (correlación de .33 con la escala de Anhedonia del RADS).

Cabe señalar que, independientemente de los resultados, el estudio de validez convergente-discriminante presentado en el manual debería explicarse con más detalle, ya que queda poco claro cuáles son los resultados teóricamente esperados, es decir, las correlaciones que aportan evidencia de validez convergente y las que aportan evidencia de validez discriminante

Resultados descritos en Fonseca-Pedrero et al. (2010; 2011;2012):

- Correlaciones con PDQ-4+ (*Personality Diagnostic Questionnaire-4+*), para la evaluación de desórdenes de personalidad atendiendo a los criterios del DSM-IV. Las escalas de Distorsión de la realidad y de Desorganización interpersonal correlacionan positiva y significativamente con todas las escalas del PDQ-4+ (correlaciones entre .33 y .72). Las correlaciones más altas fueron de Distorsión de la realidad y Desorganización interpersonal con las escalas de trastorno esquizotípico (DR: .72; DS: .69) y de trastorno paranoide (DR: .58; DS: .59). La Dimensión Negativa no correlaciona sustantivamente con ninguna escala ($|r| < .20$).
- Correlaciones con SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*), para la evaluación de Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas con los compañeros y Comportamiento Prosocial. Las escalas de Distorsión de la realidad y de Desorganización interpersonal correlacionan positiva y significativamente con casi todas las escalas (entre .23 y .59; para la versión abreviada entre .22 y .51), exceptuando la de Comportamiento prosocial. Las correlaciones más altas se encuentran entre Desorganización interpersonal con Síntomas emocionales (.59; abrev: .51) y con Problemas con los compañeros (.49; abrev: .47). La Dimensión Negativa sólo correlaciona de forma sustantiva con la escala de Comportamiento prosocial (-.42; abrev: -.42).

En resumen, atendiendo principalmente a los resultados con el SPQ-B, la evidencia convergente puede considerarse entre buena y excelente para las escalas que componen la dimensión Distorsión de la realidad, y entre adecuada y buena para las escalas de Desorganización interpersonal. Atendiendo a los resultados con la RADS, la evidencia convergente podría considerarse adecuada pero con ciertas carencias para las escalas de Anhedonia. A nivel de segundo orden, atendiendo principalmente a los resultados en el PDQ-4+ la evidencia convergente parece excelente en relación a las escalas de Distorsión de la realidad y de Desorganización interpersonal pero es poco adecuada en relación a la escala de Dimensión Negativa. La mayor relación con esta dimensión se encuentra con Comportamiento prosocial del SPQ.

En relación a la validez factorial

En general, la aplicación de los métodos factoriales aplicados en el manual no es la más óptima: (a) se aplica componentes principales, técnica con la que se sobrestiman los pesos factoriales; (b) se analizan correlaciones de Pearson, siendo las variables ordinales; (c) en el manual únicamente se menciona la regla K1 de Kaiser (autovalores mayores que la unidad) para decidir el número de factores (p.40), que tiende a sobrestimar el número de factores a retener, y (d) los pesos de los tests en algunas dimensiones aparecen invertidos pero se mantienen las etiquetas verbales de los factores (sin cambiar la dirección) y se describen las correlaciones entre los componentes sin “avisar” del cambio de dirección. Con respecto a la regla de decisión del número de factores a retener (punto c), los autores informan posteriormente de que junto al criterio de Kaiser, también han tenido en cuenta la interpretación psicológica, los pesos factoriales y el gráfico de sedimentación. Sin embargo esta información debería proporcionarse de forma más detallada en el manual

En cualquier caso, en su conjunto, los resultados permiten apoyar que la distribución de los ítems por escalas parece justificada. Algunas pequeñas excepciones son que: (a) la faceta de amigos íntimos parece separarse en dos dimensiones (amigos y familia); (b) la faceta de pensamiento mágico se separa en algún estudio en dos dimensiones (pensamiento paranoide y lectura de la mente).

En relación a la distribución de las escalas a través de las tres dimensiones de segundo orden, los resultados son generalmente los esperados. La investigación previa sobre la personalidad esquizotípica identifica generalmente tres dimensiones: (a) Dimensión positiva o cognitivo-Perceptual o de experiencias Perceptuales Inusuales/Anómalas [alucinaciones, ideación paranoide, ideas de referencia y pensamiento mágico]; (b) Dimensión Negativa, de Anhedonia o de Déficit Interpersonal [dificultad para experimentar placer, ausencia de amigos íntimos y dificultades para las relaciones interpersonales]; y (c) Dimensión de desorganización cognitiva [problemas del pensamiento, lenguaje extraño o inusual y conducta extraña]. En el presente cuestionario se identifican la primera claramente y el resto de forma más general (algunas de las facetas relacionadas con las dificultades interpersonales -ausencia de amigos íntimos y de ansiedad social excesiva- pesan en el factor de Desorganización, al que los autores denominan, consecuentemente, Desorganización interpersonal).

En relación a las facetas, los resultados son factorialmente complejos para la escala de Ideación paranoide que pesa simultáneamente en los factores de Distorsión de la realidad y Desorganización interpersonal (si bien los autores abogan por considerar únicamente su puntuación en la escala de Distorsión de la realidad). Otra cuestión más importante es que hay una incongruencia entre los modelos de puntuación del ESQUIZO-Q y del ESQUIZO-Q-A, en relación a la faceta de Ideas de Referencia. En la puntuación del ESQUIZO-Q, IR puntúa en Distorsión de la realidad mientras que en el ESQUIZO-Q-A puntúa en Desorganización interpersonal. Esta decisión se basa en los resultados factoriales pero no es justificada

conceptualmente. Por otro lado, un estudio factorial más reciente del ESQUIZO-Q-A (Fonseca-Pedrero et al., 2012) sugiere que Ideas de referencia debería puntuar en Distorsión de la realidad, al igual que en el ESQUIZO-Q. En este mismo estudio, y para la versión abreviada, Fonseca-Pedrero et al. (2012) realizan un análisis factorial confirmatorio analizando las matrices de correlaciones policóricas (matrices pertinentes cuando los datos son ordinales) y los resultados obtenidos apoyan la estructura tridimensional sugerida por el análisis exploratorio.

En relación al estudio del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF):

Los análisis resultan adecuados y ninguno de los ítems presentó DIF estadísticamente significativo con respecto al sexo, lo cual, considerando que los baremos de hombres y mujeres son muy similares y generalmente no presentan diferencias de más de un punto, proporciona garantías para la utilización de un baremo común en las 10 escalas.

En relación a las comparaciones grupales:

Por lo que se refiere al ESQUIZO-Q, existen diferencias de tamaño medio ($\eta^2 > 0.06$) para Anhedonia social y la Dimensión Negativa (los hombres puntúan más alto). Esto parece congruente con los resultados previos (Fonseca-Pedrero et al., 2007) aunque la literatura previa en relación a la prevalencia de la personalidad esquizotípica a través de sexo y edad parecen arrojar resultados contradictorios (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

Finalmente, respecto a las muestras utilizadas para evaluar la validez, se han realizado al menos dos estudios diferentes llevando a cabo un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula, en la comunidad autónoma del Principado de Asturias. Los alumnos pertenecían a diferentes centros escolares, públicos y privados, de Educación Secundaria Obligatoria y Ciclos de Formación Profesional. Los estratos se crearon en función de la zona geográfica del Principado de Asturias (Oriente, Occidente, Minera y Central) y la etapa escolar (obligatoria y post-obligatoria), en donde la probabilidad de extracción del centro escolar venía dada en función del número de alumnos. En cada estudio fueron excluidos entre un 7 y un 10% de personas que puntuaban alto en una escala de infrecuencia, que presentaban dificultades de aprendizaje, que omitían datos demográficos o que obtenían valores extremos (Fonseca et al., 2011) (ver 1.31). Las muestras finales de ambos estudios son de más de 1000 personas.

En resumen, el test parece tener en general suficientes garantías psicométricas por lo que se refiere a la validez de las inferencias que puedan realizarse a partir del test.

Fiabilidad

Contenido	Valoración	Puntuación
2.25. Datos aportados sobre fiabilidad	Coeficientes de fiabilidad para diferentes grupos de sujetos*	

* Considerando tanto los resultados presentados en el manual como los de los estudios adicionales publicados

Equivalencia formas paralelas

Contenido	Valoración	Puntuación
2.26. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.27. Coeficientes de equivalencia	No se aporta	

Consistencia interna*

Contenido	Valoración	Puntuación
2.28. Tamaño de las muestras	4.5	Excelente
2.29. Coeficientes de consistencia interna presentados	Alpha de Cronbach	
2.30. Mediana de los coeficientes de consistencia	3	Adecuada

* Considerando tanto los resultados presentados en el manual como los de los estudios adicionales publicados

Estabilidad (test-retest)

Contenido	Valoración	Puntuación
2.31. Tamaño de las muestras	No se aporta	
2.32. Coeficientes de estabilidad	No se aporta	

Cuantificación de la fiabilidad mediante TRI

Contenido	Valoración	Puntuación
2.33. Tamaño de las muestras	No se aporta	

Comentarios generales sobre fiabilidad

Se han considerado los coeficientes alfa informados en el manual y también los obtenidos por los mismos autores en un segundo estudio de validación (Fonseca-Pedrero et al., 2011; Fonseca-Pedrero et al., 2012). Según los datos del manual, la consistencia interna es buena o excelente para todas las escalas de primer orden, exceptuando Anhedonia física y Falta de amigos íntimos. En el segundo estudio de validación los resultados son algo peores. La consistencia interna de las 10 escalas de primer orden sería adecuada con ciertas carencias (IR, PM, AS, AF, FAI), adecuada (EPE, IP, PLR, CR), o buena (ASE). Parte de estos peores resultados pueden deberse a que en la primera versión hubiera capitalización del azar, pues en esa aplicación fueron seleccionados los 51 ítems mejores (atendiendo a los criterios psicométricos) de un conjunto de 110 ítems.

En relación a las escalas de segundo orden los resultados son mejores y más estables a través de ambos estudios: la consistencia interna es buena o excelente, exceptuando el caso de la Dimensión negativa que podría considerarse adecuada con ciertas carencias. En relación al ESQUIZO-A, los resultados son adecuados (DI, DR) o adecuados con ciertas carencias (DN).

En resumen, la consistencia interna es generalmente aceptable, especialmente para las escalas de segundo orden en la versión completa. Los peores resultados se encuentran siempre para las escalas de Anhedonia y también en el instrumento abreviado. Por otro lado, sería aconsejable que en futuras versiones se aportasen datos sobre la fiabilidad test-retest, para comprobar el grado de estabilidad de las puntuaciones en el tiempo. Los autores han indicado que se están recogiendo datos para poder realizar este tipo de análisis.

Baremación

Contenido	Valoración	Puntuación
2.34. Calidad de las normas	Buena	4
2.35. Tamaño de las muestras	Excelente	5
2.36. Procedimiento de selección de las muestras	Aleatorio	
2.37. Actualización de los baremos	Excelente	5

Comentarios generales sobre baremación

Se proporciona un baremo común y baremos por sexo, recomendándose el primero. Los baremos se han obtenido en una muestra representativa de adolescentes, población a la que está dirigido el test, lo que es un punto muy relevante. Se establecen puntos de corte, que permiten valorar cada escala en tres niveles (ausencia de síntomas, nivel moderado, nivel grave de riesgo). Los puntos de corte están justificados de forma algo general e inespecífica, haciendo referencia a (a) la literatura existente; (b) puntos de corte establecidos por miembros del grupo de investigación con experiencia en el campo.

En cualquier caso, se valora positivamente que los autores señalen que en presencia de un perfil de riesgo es conveniente complementar la interpretación con una evaluación más profunda, tener en cuenta otros factores de riesgo, considerar el error de medición, atender al perfil completo de puntuaciones y recordar que una puntuación elevada no siempre conlleva una alteración patológica