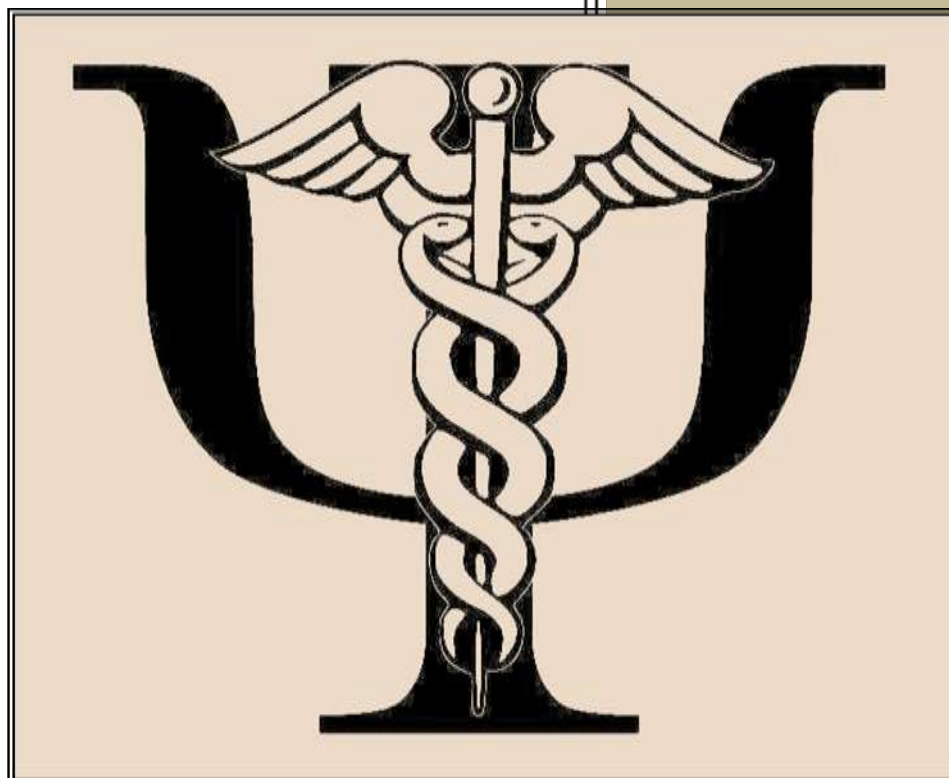


ISSN: 2171-2069

Volumen 1
Número 2
Julio de 2010

**REVISTA IBEROAMERICANA
DE
PSICOLOGÍA Y SALUD**



Revista oficial de la
SOCIEDAD UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y SALUD

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Director

Ramón González Cabanach, Universidad de A Coruña. rgc@udc.es

Directores Asociados

Ramón Arce, Univ. de Santiago de Compostela. Coord. del Área de Psicología Social. ramon.arce@usc.es

Gualberto Buela-Casal, Univ. de Granada. Coordinador del Área de Salud. gbuela@ugr.es

Francisca Fariña, Univ. de Vigo. Coordinadora del Área de Intervención. francisca@uvigo.es

José Carlos Núñez, Univ. de Oviedo. Coordinador del Área de Evaluación. jcarlosn@uniovi.es

Antonio Valle, Univ. de A Coruña. Coordinador del Área de Educación. vallar@udc.es

Consejo Editorial

Rui Abrunhosa, Univ. de Minho (Portugal).

Leandro Almeida, Univ. de Minho (Portugal).

Luis Álvarez, Univ. de Oviedo.

Constantino Arce, Univ. de Santiago de Compostela.

Jorge L. Arias, Univ. de Oviedo.

Alfonso Barca, Univ. de A Coruña.

Jesús Beltrán, Univ. Complutense de Madrid.

María Paz Bermúdez, Univ. de Granada.

Alfredo Campos, Univ. de Santiago de Compostela.

Miguel Angel Carbonero, Univ. de Valladolid.

Juan Luis Castejón, Univ. de Alicante.

José Antonio Corraliza, Univ. Autónoma de Madrid.

Francisco Cruz, Univ. de Granada.

Fernando Chacón, Univ. Complutense de Madrid.

Jesús de la Fuente, Univ. de Almería.

Alejandro Díaz Mújica, Univ. de Concepción (Chile).

Francisca Expósito, Univ. de Granada.

Ramón Fernández Cervantes, Univ. de A Coruña.

Jorge Fernández del Valle, Univ. de Oviedo.

Manuel Fernández-Ríos, Univ. Autónoma de Madrid.

José Jesús Gázquez, Univ. de Almería.

Antonia Gómez Conesa, Univ. de Murcia.

Luz González Doniz, Univ. de A Coruña.

Julio A. González-Piñeda, Univ. de Oviedo.

Alfredo Goñi, Univ. del País Vasco.

María Adelina Guisande, Univ. de Santiago de Compostela.

Silvia Helena Koller, Univ. Federal de Rio Grande do Sul (Brasil).

Pedro Hernández, Univ. de La Laguna.

Juan E. Jiménez, Univ. de La Laguna.

Serafín Lemos, Univ. de Oviedo.

Matías López, Univ. de Oviedo.

María Ángeles Luengo, Univ. de Santiago de Compostela.

José I. Navarro, Univ. de Cádiz.

Miguel Moya, Univ. de Granada.

José Muñiz, Univ. de Oviedo.

Mercedes Novo, Univ. de Santiago de Compostela.

Eduardo Osuna, Univ. de Murcia.

Darío Páez, Univ. del País Vasco.

Wenceslao Peñate, Univ. de La Laguna.

Antonieta Pepe-Nakamura, Univ. Luterana do Brasil.

Manuel Peralbo, Univ. de A Coruña.

Luz F. Pérez, Univ. Complutense de Madrid.

María Victoria Pérez-Villalobos, Univ. de Concepción (Chile).

Isabel Piñeiro, Univ. de A Coruña.

Antonio Andrés-Pueyo, Univ. de Barcelona.

Luisa Ramírez, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Revuelta, Univ. de Huelva.

Susana Rodríguez, Univ. de A Coruña.

Francisco J. Rodríguez, Univ. de Oviedo.

José María Román, Univ. de Valladolid.

Manuel Romero, Univ. de A Coruña

Pedro Rosário, Univ. de Minho (Portugal).

Ramona Rubio, Univ. de Granada.

Marithza Sandoval, Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Colombia).

Francisco Santolaya, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Dolores Seijo, Univ. de Santiago de Compostela.

Juan Carlos Sierra, Univ. de Granada.

Jorge Sobral, Univ. de Santiago de Compostela.

Francisco Tortosa, Univ. de Valencia.

María Victoria Trianes, Univ. de Málaga.

Revista Oficial de la *Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud* (www.usc.es/suiips)

Publicado por: SUIPS.

Volumen 1, Número, 2.

Suscripciones: ver www.usc.es/suiips

Frecuencia: 2 números al año (semestral).

ISSN: 2171-2069

D.L.: C 13-2010

EVALUACIÓN DE LA PROPENSIÓN A LA PSICOSIS CON EL ESQUIZO-Q

Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Paino, Serafín Lemos-Giráldez, Susana Sierra-Baigrie, Ángela Campillo-Álvarez, Nuria Ordóñez-Cambor y José Muñiz

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo, España
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM

(Recibido 2 de Febrero de 2010; revisado 5 de Mayo de 2010; aceptado 7 de Mayo de 2010)

Abstract

Schizotypy, also known as psychosis proneness, is a variable that is closely related to schizophrenia. Its interest and study basically resides in its capacity to detect individuals with profiles of risk or vulnerability for psychosis and in the possibility of early detection and prompt intervention through prophylactic treatments. The early identification of these types of at-risk individuals requires us to have adequate measurement instruments that allow us to make solid, well-founded decisions based on their score profiles. To date, there is no measurement instrument specifically designed for the assessment of this construct in Spanish-speaking adolescent populations. The main objective of the present investigation was to analyze the process of construction and validation of a new self-report named ESQUIZO-Q: *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (The Oviedo Schizotypy Assessment Questionnaire)*. The results show that the ESQUIZO-Q is a brief and simple measurement instrument with adequate psychometric properties for the assessment of schizotypy that can be used as an epidemiological tool and a psychopathological screening method in the general adolescent population. Future studies should continue to explore the metric quality of the ESQUIZO-Q (e.g., sensitivity and specificity) as well as its relationship with endophenotypes in other types of samples.

Keywords: Schizotypy; Psychosis proneness; Self-report; Adolescents; Risk; Schizotypal; Schizophrenia.

Resumen

La esquizotipia, también conocida como propensión a la psicosis, es una variable íntimamente relacionada con la esquizofrenia. Su interés y estudio residen básicamente en su capacidad para identificar personas con un perfil de riesgo o vulnerabilidad a la psicosis y, consecuentemente, en la posibilidad de llevar a cabo una detección temprana e intervención precoz de los trastornos psicóticos mediante tratamientos profilácticos. Lógicamente, la detección de este tipo de individuos “de riesgo” pasa por disponer de adecuados instrumentos de medida que nos permitan tomar decisiones sólidas y fundadas a partir del su perfil de puntuaciones. Hasta el momento, no existía un instrumento de medida específicamente diseñado para la valoración de este constructo en población adolescente hispanohablante. El principal objetivo de esta investigación fue analizar el proceso de construcción y validación de un nuevo autoinforme denominado ESQUIZO-Q: *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*. Los resultados muestran que el ESQUIZO-Q es un instrumento de medida breve, sencillo y con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la esquizotipia, y que puede ser utilizado como herramienta epidemiológica y método de *screening* psicopatológico en población general adolescente. Futuras investigaciones deberían seguir profundizando en la calidad métrica del ESQUIZO-Q (p.ej., su sensibilidad y especificidad), así como analizar su relación con los endofenotipos en otro tipo de muestras.

Palabras clave: Esquizotipia; Propensión a la psicosis; Autoinforme; Adolescentes; Riesgo; Esquizotípica; Esquizofrenia.

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero, Facultad de Psicología, Plaza Feijoo, s/n, 33003, Oviedo, España. Tel.: +34-985-10-32-72. Fax: +34-985-10-41-44. e-mail: efonseca@cop.es

Prevención y detección temprana en la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental devastador que impacta directamente en las esferas personal, familiar y social del individuo, afectando aproximadamente al 1% de la población, y que tiene su inicio en la adolescencia tardía y/o adultez temprana (American Psychiatric Association, 2000; Van Os y Kapur, 2009). Es por ello que la prevención y detección temprana de este trastorno constituye una de las principales prioridades en materia de salud mental por parte de las autoridades sanitarias. La evidencia clínica sugiere que, una rápida detección del cuadro psicótico, con una posterior intervención temprana eficaz, no sólo mejora el pronóstico del trastorno a corto, medio y largo plazo, sino que también incide en los resultados del tratamiento (Lemos-Giráldez et al., 2009; McGlashan y Johannessen, 1996; Yung, Philips, Pan Yuen, y McGorry, 2004). Más aún, en caso de aparición del trastorno, la recuperación es mucho más rápida, disminuyendo el tiempo de hospitalización, las consecuencias negativas asociadas al cuadro clínico (p. ej., comorbilidad) y el impacto que ocasiona el trastorno (McGorry, Krstev, y Harrigan, 2000; Vallina, Lemos-Giráldez, y Fernández, 2006). Además, los costes sanitarios, familiares y sociales que se derivan de la esquizofrenia (p. ej., psicofármacos, hospitalización) son muy elevados, por lo que todas las acciones que se lleven a cabo para prevenir este problema tienen siempre un enorme interés y utilidad.

La personalidad esquizotípica: concepto, evaluación y evidencias de validez

Desde el siglo XIX, diferentes investigadores han intentado predecir la esquizofrenia o identificar una condición clínica de riesgo a partir de determinados rasgos de la personalidad (Lemos-Giráldez, 1999). La relación entre personalidad y la esquizofrenia se ha sustentado básicamente en dos hipótesis: por un lado, ciertas características de la personalidad podrían considerarse como una forma de predisposición específica para la esquizofrenia, y no una manifestación de la misma; por otro, algunos rasgos de la personalidad podrían concebirse como precursores o conductas que preceden al inicio de la esquizofrenia. Aunque en sus orígenes estas

dos corrientes se encontraban diferenciadas, con el paso tiempo se han ido solapando, reflejando claramente la concepción actual de la esquizotipia (Álvarez-López, Gutiérrez Maldonado, y Pueyo, 2006).

La esquizotipia es un constructo sumamente complejo que se ha relacionado con la esquizofrenia desde sus orígenes, siendo uno de los marcadores de riesgo exofenotípicos más investigados, y ha sido entendida desde diferentes perspectivas. Algunos autores emplean el término “esquizotipia” para referirse a una forma atenuada de la esquizofrenia, constituyendo de este modo una fase premórbida o prodrómica de la misma (Raine, 2006), mientras que otros la conciben como una organización latente de la personalidad que representa la vulnerabilidad genética a la esquizofrenia y a sus trastornos relacionados (Lenzenweger, 2006; Meehl, 1962). En los sistemas clasificatorios internacionales, la esquizotipia también se puede concebir como una categoría diagnóstica situada dentro del eje II del DSM-IV-TR denominada *Trastorno esquizotípico de la personalidad* (American Psychiatric Association, 2000), o como una variante del grupo de las psicosis (World Health Association, 1992). Finalmente, desde los modelos dimensionales de la personalidad, se puede considerar la esquizotipia como un conjunto de rasgos cognitivos, emocionales y comportamentales, distribuidos a través de un continuo de adaptación que se extiende desde un estado de bienestar (salud) hasta un estado de enfermedad (psicosis) (Claridge, 1997). En dicho continuo, la esquizotipia constituiría una característica adaptativa de la personalidad que, al igual que ocurre por ejemplo con la ansiedad, se conecta potencialmente con un trastorno -en este caso la esquizofrenia- y que, bajo determinadas condiciones desfavorables (p. ej., estrés, cannabis, trauma, emigración, urbanicidad) se traduciría en la expresión clínica del trastorno (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, y Krabbendam, 2009). De este modo, este constructo se debe comprender teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) interacciona con múltiples factores biopsicosociales dentro de los modelos de vulnerabilidad-estrés (Ingram y Luxton, 2005); b) se encuentra en población general, no asociándose necesariamente con un trastorno psicológico; y c) se configura asimismo como un indicador de la vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos en general, y esquizofrenia en particular.

La idea de prevenir e intervenir precozmente individuos de riesgo de esquizofrenia, con la finalidad de mitigar su posible impacto a múltiples niveles, ha impulsado el desarrollo y la validación de instrumentos de medida para la valoración

de la esquizotipia o, más genéricamente, de la propensión a la psicosis (Fonseca-Pedrero et al., 2008). Esta línea de investigación, centrada en el uso de cuestionarios -o la obtención de un perfil de puntuaciones-, cuya finalidad es identificar a aquellos participantes con mayor probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico en el futuro, es conocida en la literatura como paradigma de “*alto riesgo psicométrico*” (Lenzenweger, 1994). En la actualidad, este método de investigación es considerado como una estrategia fiable, válida y útil para la detección psicométrica de individuos con vulnerabilidad a la esquizofrenia, de cara a la posible implementación posterior de tratamientos profilácticos. Del mismo modo, la utilización de estos instrumentos de medida constituye, en comparación con otras técnicas, un sistema de evaluación rápido, eficaz y no invasivo (Gooding, Tallent, y Matts, 2005; Kwapil, Barrantes, Vidal, y Silvia, 2008), que soslaya los efectos de confundido frecuentemente asociados a los pacientes con esquizofrenia, como los producidos por la medicación o la estigmatización. Más aún, los estudios de alto riesgo psicométrico se pueden utilizar en combinación con otras estrategias, tales como el paradigma de alto riesgo genético (evaluar a familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia), con la finalidad de analizar los posibles mecanismos etiopatogénicos involucrados en este tipo de trastornos (Kwapil et al., 2008).

Estudios longitudinales señalan que las personas con altas puntuaciones en rasgos esquizotípicos de la personalidad tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico en el futuro, en comparación con aquellos que no informan de tales signos o síntomas (Chapman, Chapman, Raulin, y Eckblad, 1994; Domínguez, Wichers, Lieb, Wittchen, y Van Os, en prensa; Gooding et al., 2005; Poulton et al., 2000; Welham et al., 2009). Resultados similares se encuentran cuando se analiza la presencia de este tipo de experiencias en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia (Johnstone, Ebmeier, Miller, Owen y Lawrie, 2005), así como en participantes con pródromos o síntomas previos a la aparición del episodio psicótico (Morrison et al., 2006). Del mismo modo, los individuos que refieren experiencias esquizotípicas presentan un mayor grado de alteración afectiva, cognitiva, social, interpersonal y comportamental (Blanchard, Collins, Aghevoli, Leung, y Cohen, en prensa; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García, y Muñiz, 2010; Kwapil et al., 2008; Lenzenweger, McLachlan, y Rubin, 2007; Raine, 2006), claro indicativo de su estado mental de riesgo. Estos datos parecen indicar que las alteraciones características de los pacientes con

esquizofrenia se pueden encontrar también en muestras de la población general por debajo del umbral clínico, apoyando la hipótesis de la continuidad del fenotipo psicótico. De acuerdo con esta hipótesis, las experiencias esquizotípicas se situarían en algún punto de este continuo, y podrían verse como un fenotipo “intermedio”, cualitativamente similar y cuantitativamente menos grave, que la sintomatología encontrada en pacientes con esquizofrenia, presentándose con una menor intensidad, persistencia, frecuencia y discapacidad asociada (Domínguez et al., en prensa; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino et al., 2010; Linscott y Van Os, 2010).

En la literatura se pueden hallar diferentes instrumentos de medida para la valoración de la esquizotipia en adultos como, por ejemplo, el *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) (Raine, 1991), las escalas Wisconsin de propensión a la psicosis (Chapman, Chapman, y Kwapil, 1995) o el *Oxford-Liverpool Feelings and Experiences* (O-LIFE) (Mason y Claridge, 2006). Asimismo, y dado que la adolescencia es un periodo evolutivo de especial riesgo para el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico, también se han realizado esfuerzos para la valoración de la propensión a la psicosis en este sector de la población; dos claros ejemplos de ello son el *Junior Schizotypy Scales* (JSS) (Rawlings y MacFarlane, 1994) y el *Schizotypy Traits Questionnaire* (STA) *for children* (Cyhlarova y Claridge, 2005). Es digno de mención que estos autoinformes, aunque son pioneros en este campo de estudio, presentan algunas limitaciones. Por ejemplo, en el caso del JSS se han encontrado niveles de consistencia interna cercanos a 0,50, así como una solución factorial inestable (DiDuca y Joseph, 1999; Rawlings y MacFarlane, 1994), hecho que ha impulsado el desarrollo de una versión reducida (Fonseca-Pedrero, Linscott, Lemos-Giráldez, Paino, y Muñiz, en prensa). Por su parte, el STA *for children*, en su validación, presentó un correcto comportamiento psicométrico; sin embargo como mencionan Cyhlarova y Claridge (2005), este autoinforme no consideró la dimensión Negativa (Anhedonia) de la esquizotipia, la cual ha mostrado ser relevante en la predicción de los trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding et al., 2005; Kwapil, 1998). Estos aspectos se unen a la necesidad de la incorporación de los avances en la medición psicológica y educativa, como por ejemplo, la construcción de tests e ítems mediante un proceso estandarizado, la introducción del formato de respuesta tipo *Likert*, el análisis del funcionamiento diferencial de los ítems, o la construcción de baremos específicos en muestras representativas de la población general adolescente. Por otra parte, hasta el

momento no existía un instrumento específicamente diseñado para la valoración de los rasgos esquizotípicos en población adolescente española, todo lo cual justifica la construcción del *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia* (Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, Paino, y Villazón-García, 2010). La disponibilidad de instrumentos de medida breves, sencillos y de rápida aplicación, que puedan ser utilizados como método de cribado para la detección de participantes de riesgo a los trastornos del espectro esquizofrénico, es de suma importancia, tanto desde un punto de vista clínico como de investigación; este hecho permitirá tomar decisiones sólidas y fundadas a partir de las puntuaciones obtenidas por los participantes.

Proceso de construcción y validación del ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia en adolescentes

a) Proceso de construcción del ESQUIZO-Q

El proceso de construcción del ESQUIZO-Q (Fonseca-Pedrero et al., 2010) fue definido objetivamente, siguiendo unos principios teóricos y métricos para así maximizar su validez (Downing, 2006). 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 totalmente equivocadas e infundadas (Elosúa, 2003; Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez, y Moreno, 2005). Por este motivo, el proceso de construcción de este test se realizó de acuerdo con 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; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008).

El ESQUIZO-Q es un autoinforme creado para evaluar los rasgos esquizotípicos de la personalidad en población adolescente, el cual está fundamentado en los criterios diagnósticos para este trastorno propuestos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y en el modelo de esquizotaxia de Meehl (1962) sobre predisposición genética a la esquizofrenia. Los ítems del ESQUIZO-Q fueron seleccionados a partir de una revisión exhaustiva de la literatura previa (Fonseca-Pedrero et al., 2008), considerando un total de 10 facetas, a saber: Ideación Referencial, Pensamiento Mágico, Experiencias Perceptivas Extrañas, Pensamiento y Lenguaje

Extraños, Ideación Paranoide, Anhedonia Física, Anhedonia Social, Comportamiento Raro, Falta de Amigos Íntimos y Ansiedad Social Excesiva. El formato de respuesta utilizado fue tipo *Likert* de 5 categorías (1 = “*Completamente en desacuerdo*”; 5= “*Completamente de acuerdo*”). La construcción de los ítems se realizó considerando el dominio objeto de medición, el contexto de aplicación y la población diana a la cual iba dirigido. En la elaboración de los ítems se tuvieron en cuenta las directrices propuestas para la construcción de ítems (Moreno, Martínez, y Muñiz, 2006; Moreno, Martínez, y Muñiz, 2004; Muñiz et al., 2005). Así, los principios que se siguieron para la construcción de los mismos fueron: representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad. Además, algunos ítems se formularon en términos positivos y otros en términos negativos para evitar la aquiescencia. En un primer momento, dado que el objetivo final era crear un cuestionario breve en torno a 50 ítems, y según las recomendaciones psicométricas de construir como mínimo el doble de ítems, se partió de un banco inicial de 141 ítems.

Para la construcción y validación del cuestionario, se llevaron a cabo dos estudios piloto (cualitativo y cuantitativo) y un estudio final de campo. En el estudio piloto cuantitativo, participaron un total de 306 adolescentes ($M = 15,7$ años; $DT = 1,3$) a los que se les administró el conjunto inicial de 141 ítems. Este conjunto preliminar de ítems se redujo a 110 en función de los criterios psicométricos de depuración que se mencionan a continuación: 1) Ítems que presentaban índices de discriminación inferiores a 0,30; 2) Ítems que no se agruparan en una estructura unidimensional; 3) Ítems con cargas factoriales inferiores a 0,30 (una vez analizada la unidimensionalidad); 4) Ítems en los que se detectó funcionamiento diferencial en función del sexo. Este segundo bloque de 110 ítems se administró, junto con otros autoinformes, en el estudio de campo a una muestra de 1683 estudiantes ($M = 15,9$ años; $DT = 1,2$), seleccionados mediante un muestro estratificado por conglomerados a nivel de aula en el Principado de Asturias (España). Participaron un total de 41 institutos/colegios/centros y 91 aulas. En el estudio también se aplicó la *Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta* (INF-OV) (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García, y Muñiz, 2009) con la finalidad de detectar a los participantes que respondieron de forma azarosa o deshonestamente. En función de los criterios psicométricos de reducción de ítems mencionados, el ESQUIZO-Q quedó formado por un total de 51 ítems distribuidos a lo largo de 10 subescalas. Las propiedades psicométricas del mismo se mencionan a

continuación, si bien para una análisis más pormenorizado de las mismas se puede consultar el manual publicado del cuestionario (Fonseca-Pedrero et al., 2010).

b) Obtención de evidencias de validez de las puntuaciones del ESQUIZO-Q

Evidencias de validez de contenido

La validez de contenido se examinó a partir del juicio de expertos y de una revisión exhaustiva de los diferentes autoinformes existentes en la literatura para la evaluación de la esquizotipia y de otros constructos relacionados con ella. En la elaboración y revisión de los ítems del ESQUIZO-Q participaron tres expertos en la construcción de cuestionarios, y tres expertos en el campo de la esquizofrenia. Los bancos de ítems administrados, tanto en el estudio piloto como en el estudio final de campo, fueron revisados mediante un proceso iterativo, y recibieron la aprobación del grupo de expertos.

Evidencias de estructura interna

Con la finalidad de obtener evidencias de validez acerca de la estructura interna del ESQUIZO-Q, se llevaron a cabo sendos Análisis de componentes principales: uno a nivel de los ítems y, a continuación, otro a nivel de las subescalas. A nivel de los ítems, se encontró una estructura factorial formada por 11 componentes que replicaba fidedignamente las subescalas hipotetizadas por los constructores del cuestionario, con excepción de la faceta Falta de Amigos Íntimos que se disgregó en dos (relaciones con los familiares y relación con los amigos). Con los componentes de primer orden se realizó un Análisis de componentes principales de segundo orden que arrojó una solución tridimensional, concretada en las dimensiones: *Distorsión de la realidad* (Experiencias Perceptivas Extrañas, Ideación Paranoide, Pensamiento Mágico e Ideación Referencial), *Anhedonia* (Anhedonia Física y Anhedonia Social) y *Desorganización Interpersonal* (Ansiedad Social Excesiva, Falta de Amigos Íntimos, Comportamiento Raro y Pensamiento y Lenguaje Extraños). Los resultados del estudio de la dimensionalidad subyacente a los ítems del ESQUIZO-Q se recogen en la Tabla 1. Por otra parte, la estructura dimensional encontrada a nivel de las subescalas del ESQUIZO-Q fue totalmente convergente con la hallada a nivel de los ítems.

Tabla 1. Análisis de Componentes Principales de segundo orden del *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*

Componentes de primer orden	Componentes de segundo orden		
	I	II	III
Pensamiento Mágico	0,764		
Experiencias Perceptivas Extrañas	0,738		
Ideación Referencial	0,607		
Ideación Paranoide	-0,473	-0,371	
Falta de Amigos Íntimos I		0,628	
Comportamiento Raro		-0,537	
Falta de Amigos Íntimos II		-0,525	
Ansiedad Social Excesiva		0,509	
Pensamiento y Lenguaje Raros		0,493	
Anhedonia Física			-0,789
Anhedonia Social			0,765
Autovalor	2,46	1,30	1,16
% Varianza explicada	22,38	11,84	10,56
% Varianza explicada acumulada	22,38	34,22	44,79

Nota: se han eliminado las cargas factoriales inferiores a 0,35

Evidencias de validez convergente

Con la finalidad de obtener fuentes de validez convergente de las puntuaciones del ESQUIZO-Q, se examinaron las correlaciones de *Pearson* entre las subescalas del ESQUIZO-Q y las escalas del SPQ Breve (Raine y Benishay, 1995) y de la *Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)* (Reynolds, 2002). Los resultados encontrados indicaron elevadas correlaciones entre las dimensiones del ESQUIZO-Q y el SPQ-B, así como entre las subescalas de la RADS y del ESQUIZO-Q, apoyando la validez convergente del cuestionario.

Funcionamiento diferencial de los ítems (DIF)

Una de las principales amenazas contra la validez de las puntuaciones en los cuestionarios proviene de que la probabilidad de respuesta a los ítems no dependa únicamente del nivel del participante en la variable objeto de medición, sino que se encuentre condicionada por la influencia de otras variables (p. ej., sexo o grupo cultural de pertenencia), generando una falta de equivalencia métrica entre las puntuaciones

(Elosúa, 2003). En el proceso de construcción y validación del ESQUIZO-Q se llevó a cabo un estudio del Funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) en función del sexo de los participantes. Los datos indicaron que ninguno de los 51 ítems que componen el ESQUIZO-Q presentó un funcionamiento diferencial en función del sexo de los adolescentes, garantizando la equidad en el proceso de medición.

c) Estimación de la consistencia interna

Los niveles de consistencia interna para las diez subescalas del ESQUIZO-Q oscilaron entre 0,62, correspondiente a la subescala Falta de Amigos Íntimos, y 0,90, correspondiente a la subescala Experiencias Perceptivas Extrañas. Los niveles de consistencia interna para las dimensiones de segundo orden fueron: Distorsión de la Realidad -0,88-, Anhedonia -0,67- y Desorganización Interpersonal -0,83-.

d) Construcción de baremos y perfiles de personalidad

El ESQUIZO-Q dispone de baremos específicos en percentiles, tanto para la muestra total, como en función del sexo de los participantes. Asimismo, también se puede obtener un perfil de personalidad esquizotípica a partir de una plataforma informática disponible en la empresa editorial (TEA Ediciones S.A.), que permite una inspección visual del perfil de riesgo del adolescente en función tres niveles de gravedad (leve, moderado y grave).

e) Versión abreviada del ESQUIZO-Q

La disponibilidad de una versión reducida con garantías psicométricas no sólo permite ahorrar tiempo y esfuerzo en su administración, sino que además facilita su utilización en otros contextos donde el estudio de la esquizotipia no sea el principal objetivo de evaluación. Para la construcción abreviada del ESQUIZO-Q (ESQUIZO-Q-A) se seleccionaron aquellos ítems de cada una de las diez subescalas del ESQUIZO-Q que presentaban una mayor carga factorial. Esta versión breve finalmente quedó formada por un total de 23 ítems. El estudio de la estructura interna de la versión abreviada, mediante un Análisis de componentes principales de segundo orden, arrojó una solución tridimensional concretada en las dimensiones: *Distorsión de la Realidad*, *Anhedonia* y *Desorganización Interpersonal*. Los niveles de consistencia interna para estas dimensiones fueron respectivamente 0,70, 0,67 y 0,71. El ESQUIZO-Q-A mostró

adecuadas correlaciones con el ESQUIZO-Q y con las escalas del SPQ-Breve y la RADS. Asimismo, y al igual que la versión de 51 ítems, se construyeron baremos en percentiles, tanto para la muestra total como en función del sexo de los adolescentes.

A modo de conclusión

El ESQUIZO-Q (Fonseca-Pedrero et al., 2010) presenta un comportamiento psicométrico adecuado que permite la evaluación de los rasgos esquizotípicos de la personalidad de forma rápida y sencilla. Este autoinforme puede ser utilizado como método de cribado psicopatológico en población adolescente en una amplia variedad de contextos (clínicos, educativos y de investigación), con la finalidad de seleccionar a aquellos participantes “de riesgo” y llevar a cabo a continuación una evaluación psicológica más exhaustiva. Del mismo modo, el ESQUIZO-Q es una herramienta de evaluación que puede ser empleada con fines epidemiológicos en el estudio de las experiencias psicóticas subclínicas (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie et al., 2009).

En primer lugar, el ESQUIZO-Q se construyó a partir de una revisión exhaustiva de la literatura previa (Fonseca-Pedrero et al., 2008) y siguiendo las directrices para el desarrollo y traducción de tests y construcción de ítems (Downing y Haladyna, 2006; Moreno et al., 2006; Muñoz y Bartram, 2007); además, las subescalas incluidas en el cuestionario se encontraban avaladas por la literatura previa (American Psychiatric Association, 2000). En segundo lugar, se incorporó un formato de respuesta tipo *Likert* que, como señala la literatura psicométrica al respecto, mejora la fiabilidad y la validez de las puntuaciones, así como la satisfacción de respuesta de los usuarios (Muñoz, García-Cueto y Lozano, 2005). En tercer lugar, es un autoinforme sencillo compuesto por un total de 51 ítems que se aplica de forma rápida y no invasiva lo que influye en el ahorro de tiempo y la motivación de los participantes. En cuarto lugar, los niveles de consistencia interna para las subescalas del ESQUIZO-Q oscilan entre 0,62 y 0,90. En quinto lugar, el Análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (DIF) permitió eliminar aquellos ítems cuya probabilidad de respuesta difería en función del sexo de los adolescentes. El DIF ha sido escasamente investigado dentro de esta área de estudio, siendo un aspecto relevante de cara a la validez de los datos (American Educational Research Association et al., 1999); no cabe duda que es importante eliminar aquellos

ítems que se comportan diferencialmente en función del sexo (u otras variables), más aún cuando la finalidad del autoinforme es detectar a participantes con riesgo de psicosis. En sexto lugar, el análisis de la estructura interna del ESQUIZO-Q respaldó empíricamente las 10 subescalas propuestas por los autores. En esta investigación, las subescalas se derivaron utilizando una estrategia de reducción de ítems empírica, de acuerdo a criterios psicométricos debidamente explicitados. Del mismo, modo, y en consonancia con la literatura previa, la estructura de la esquizotipia, medida a través del ESQUIZO-Q, parece ser un constructo de naturaleza multidimensional (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García et al., 2009; Fonseca-Pedrero, Paino et al., 2009; Raine, 2006). El análisis de validez de constructo, realizado a nivel de los ítems, reveló la presencia de tres componentes de segundo orden o dimensiones generales de esquizotipia, a saber: *Distorsión de la Realidad*, *Anhedonia* y *Desorganización Interpersonal*. Estos tres componentes fueron totalmente coincidentes con el análisis de la estructura interna realizado a nivel de las subescalas, por lo que los datos son convergentes con una estructura tripartita de la esquizotipia. En séptimo lugar, se encontró una adecuada validez convergente entre las subescalas del ESQUIZO-Q y las escalas del SPQ-B (Raine y Benishay, 1995) y de la RADS (Reynolds, 2002). En octavo lugar, la construcción de baremos a partir de una muestra representativa de la población adolescente permite realizar comparaciones fundadas entre los participantes. Finalmente, en noveno lugar, se dispone de una versión abreviada del ESQUIZO-Q que permite su utilización en investigaciones o en contextos aplicados donde el objetivo principal no sea recoger información de la esquizotipia, pero sí pueda resultar interesante indagar sobre ella en relación con otros constructos.

Dado que el ESQUIZO-Q es un instrumento de reciente construcción, aún le queda un largo camino por recorrer. En este sentido, futuros estudios deberían seguir profundizando en la calidad métrica de este nuevo autoinforme, particularmente en lo relacionado con la sensibilidad y especificidad, así como en su utilización combinada con otras medidas de laboratorio como, por ejemplo, pruebas de atención sostenida (tipo CPT) o de funciones ejecutivas, de cara a aumentar el valor predictivo de este instrumento en la detección de participantes de riesgo a los trastornos del espectro esquizofrénico.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN) de España (BES-2006-12797, PSI 2008-06220, PSI 2008-03934) y por el Instituto Carlos III, *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)*.

Referencias

- Álvarez-López, E., Gutiérrez Maldonado, J., y Pueyo, A. A. (2006). Esquizotipia y esquizofrenia. En J. Cangas, J. Gil-Roales-Nieto y V. Peralta-Martín (Eds.), *Esquizofrenia: Nuevas perspectivas en la investigación* Bogotá: Psicom Editores.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, y National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed revised)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blanchard, J. J., Collins, L. M., Aghevli, M., Leung, W. W., y Cohen, A. S. (en prensa). Social anhedonia and schizotypy in a community sample: The Maryland Longitudinal Study of Schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Cyhlarova, E., y Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research*, 80, 253-261.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., y Kwapil, T. R. (1995). Scales for the measurement of schizotypy. En A. Raine, T. Lencz y S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal personality* (pp. 79-106). New York: Cambridge University Press.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., Raulin, M. L., y Eckblad, M. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.

- DiDuca, D., y Joseph, S. (1999). Assessing schizotypal traits in 13-18 year olds: Revising the JSS. *Personality and Individual Differences*, 27(4), 673-682.
- Domínguez, M. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., y Van Os, J. (en prensa). 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. (2006). Twelve steps for effective test development. En S. M. Downing y T. M. Haladyna (Eds.), *Handbook of test development* (pp. 3-25). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Downing, S. M., y Haladyna, T. M. (2006). *Handbook of test development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elosúa, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., y Muñiz, J. (2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 71-77.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazón-García, U., García-Portilla, M., et al. (2010). Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade Hallucination Scale-revised in college students. *Annals of Psychology/Anales de Psicología*, 26, 41-48.
- 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. (en prensa). Psychometric properties of two measures for the assessment of schizotypy in adolescents. *Psychiatry Research*, doi: 10.1016/j.psychres.2009.1002.1012.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., y Villazón-García, U. (2010). *ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*. Madrid: TEA Ediciones.

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U., et al. (2008). Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, U., García-Cueto, E., Bobes, J., et al. (2009). Versión reducida del Cuestionario TPSQ de Estilos Perceptuales y de Pensamiento. *Psicothema*, 21, 499-505.
- 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.
- 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.
- Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owen, D. G. C., y Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: Findings from the Edinburgh High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 18-25.
- 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* (pp. 97-137). Madrid: Pirámide.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., Vallejo-Seco, G., Fonseca-Pedrero, E., Paino-Piñeiro, M., et al. (2009). Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 115, 121-129.
- Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 121-135.
- Lenzenweger, M. F. (2006). Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia: Paul E. Meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 195-200.

- Lenzenweger, M. F., McLachlan, G., y Rubin, D. B. (2007). Resolving the latent structure of schizophrenia endophenotypes using expectation-maximization-based finite mixture modeling. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 16-29.
- Linscott, R. J., y Van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 391-419.
- Mason, O., y Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research, 82*, 203-211.
- McGlashan, T. H., y Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin 22*, 201-222.
- McGorry, P. D., Krstev, H., y Harrigan, S. (2000). Early detection and treatment delay: implications for outcome in early detection. *Current Opinion Psychiatry, 13*, 37-43.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17*, 827-838.
- Moreno, R., Martínez, R., y Muñiz, J. (2006). New guidelines for developing multiple-choice items. *Methodology, 2*, 65-72.
- Moreno, R., Martínez, R. J., y Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema, 16*, 490-497.
- Morrison, A. P., French, P., Lewis, S., Roberts, M., Raja, S., Neil, S., et al. (2006). Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: Comparison with non-patients and associations with symptoms. *Psychological Medicine, 36*, 1395-1404.
- Muñiz, J., y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist, 12*, 206-219.
- 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.
- Muñiz, J., García-Cueto, E., y Lozano, L. M. (2005). Item format and the psychometric properties of the Eysenck Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 38*, 61-69.

- 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. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd edition. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- 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.
- Van Os, J., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., et al. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 39, 625-634.
- World Health Association. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Yung, A., Philips, L. J., Pan Yuen, H., y McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67, 131-142.

Instrucciones

Envíos de artículos

La *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* publica artículos en español o inglés de carácter científico en cualquier temática de la Psicología y Salud. Es, por tanto, el objetivo de la revista la interdisciplinariedad. Los artículos han de ser originales (los autores se responsabilizan de que no han sido publicados ni total ni parcialmente) y no estar siendo sometidos para su evaluación o publicación a ninguna otra revista. Las propuestas de artículos han de ser enviadas en formato electrónico por medio de correo electrónico al director o a los editores asociados acorde a la temática que coordinan. El envío por correo postal sólo se admitirá en casos debidamente justificados a la dirección de la revista (Ramón González Cabanach, Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, Universidad de A Coruña, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Campus de Oza, 15006, A Coruña, España).

Revisión

Los trabajos serán revisados en formato de doble ciego, siendo los revisores anónimos para los autores y los autores para los revisores. Los revisores serán externos e independientes de la revista que los seleccionará por su experiencia académica, científica o investigadora en la temática objeto del artículo.

Copyright

El envío de trabajos a la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* lleva implícito que los autores ceden el copyright a la revista para su reproducción por cualquier medio, si éstos son aceptados para su publicación.

Permisos y responsabilidad

Las opiniones vertidas así como sus contenidos de los artículos publicados en la *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan la opinión ni la política de la revista. Asimismo, los autores se responsabilizan de la obtención del permiso correspondiente para incluir material ya publicado. Del mismo modo, los autores se responsabilizan de que los trabajos publicados estén realizados conforme a los criterios éticos que rigen la investigación o experimentación con humanos y animales, y sean acordes a la deontología profesional.

Estilo

Los trabajos deberán ajustarse a las instrucciones sobre las referencias, tablas, figures, abstract, formato, estilo narrativo, etc. descritas la 6ª edición del Publication Manual of the American Psychological Association (2009). Los manuscritos que no se ajusten al estilo APA no se considerarán para su publicación.

CONTENIDOS / CONTENTS

Artículos / Articles

- Efecto de un programa de entrenamiento al profesorado en la motivación, clima de aula y estrategias de aprendizaje de su alumnado
(Assessment of a training program to teachers in the motivation, classroom environment and learning strategies of the students)
Miguel Ángel Carbonero, Luis Jorge Martín-Antón, José María Román y Natalia Reoyo 117
- Violencia en los centros educativos y fracaso académico
(Violence in schools and academic failure)
David Álvarez-García, Luis Álvarez, José Carlos Núñez, Paloma González-Castro, Julio Antonio González-Pianda, Celestino Rodríguez y Rebeca Cerezo 139
- Producción científica de la psicología forense en España: un estudio bibliométrico
(Scientific productivity of the spanish forensic psychology: a bibliometric study)
Mila Arch, Noemí Pereda, Adolfo Jarne-Esparcia, Ana Andrés y Joan Guàrdia-Olmos 155
- Evaluación de la propensión a la psicosis con el ESQUIZO-Q
(The assessment of psychosis proneness with ESQUIZO-Q)
Eduardo Fonseca-Pedrero, Mercedes Paino, Serafín Lemos-Giráldez, Susana Sierra-Baigrie, Ángela Campillo-Álvarez, Nuria Ordóñez-Cambler y José Muñoz 167
- Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales
(A psychological model of adherence in HIV+ people: structural equations modeling)
Julio Alfonso Piña y Mónica Teresa González 185
- Opposite effects of ethanol on taste and place conditioning in rats
Matías López and Raúl Cantora 207