

Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>1,3</sup>  
Mercedes Paino<sup>2,3</sup>  
Serafín Lemos-Giráldez<sup>2,3</sup>  
José Muñiz<sup>2,3</sup>

# Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias de la Educación  
Universidad de La Rioja, España

<sup>2</sup>Departamento de Psicología  
Universidad de Oviedo, España

<sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
(CIBERSAM)

Las experiencias psicóticas atenuadas se pueden considerar como marcador de vulnerabilidad para los trastornos psicóticos. La evaluación del fenotipo psicótico ha avanzado considerablemente en los últimos años, si bien se debe seguir profundizando en la calidad métrica de los autoinformes disponibles para su valoración en población española. El objetivo de este trabajo fue analizar la calidad psicométrica de la *Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42) en universitarios españoles y en pacientes con psicosis. La muestra final la formaron un total de 660 estudiantes ( $M = 20,3$  años;  $DT = 2,6$ ) y 97 pacientes con psicosis ( $M = 35,4$  años;  $DT = 10,2$ ). Los índices de bondad de ajuste resultantes del análisis factorial confirmatorio que sometía a prueba el modelo tridimensional hipotetizado (dimensiones Positiva, Negativa y Depresiva) no fueron adecuados. En cambio, el análisis factorial exploratorio arrojó una posible solución tridimensional. Los valores del consistencia interna para las tres dimensiones de la CAPE-42 oscilaron entre 0,78 y 0,89 en la muestra de estudiantes y entre 0,84 y 0,93 en la muestra de pacientes. Las puntuaciones la CAPE-42 correlacionaron de forma estadísticamente significativa con ideación delirante y ansiedad rasgo y estado. Estos resultados arrojan nuevas evidencias de validez de la CAPE-42 en muestras de la población española y avalan su utilización como instrumento de medida para la valoración del fenotipo psicótico.

**Palabras clave:** Psicosis, Fenotipo, CAPE-42, Autoinforme, Propiedades psicométricas, Esquizotipia

*Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(4):169-76

## Validation of the Community Assessment Psychic Experiences -42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis

Psychotic-like experiences can be considered as a vulnerability marker for psychotic disorders. The psychometric assessment of the extended psychosis phenotype has advanced considerably in recent years, although it must continue to deepen the quality of self-reports available for its assessment in Spanish population. The main goal was to analyze the psychometric quality of the Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. The final sample was comprised of a total of 660 students ( $M = 20.3$  years,  $SD = 2.6$ ) and 97 patients with psychosis ( $M = 35.4$  years,  $SD = 10.2$ ). The goodness of fit indices resulting from the confirmatory factor analysis that tested the hypothesized three-dimensional model (Positive, Negative and Depressive) were not adequate. In contrast, the exploratory factor analysis yielded a three-dimensional solution. Internal consistency values for the three dimensions of the CAPE-42 ranged between 0.78 and 0.89 in the sample of students and between 0.84 and 0.93 in the patients with psychosis. The CAPE-42 scores correlated statistically significant with delusions and trait anxiety and state. These results show further evidence of validity of the CAPE-42 scores in samples of the Spanish population and support its use as a tool for the assessment of the extended psychosis phenotype.

**Keywords:** Psychosis, Phenotype, CAPE-42, Self-Report, Psychometric Properties, Schizotypy

---

## INTRODUCCIÓN

Las ideas delirantes, las experiencias alucinatorias y las alteraciones afectivas de tipo depresivo son rasgos centrales en el diagnóstico de los trastornos psicóticos<sup>1</sup>. Las experiencias psicóticas no se circunscriben únicamente a la población clínica, sino que se pueden encontrar en población general por debajo del umbral clínico<sup>2</sup>. Por ejemplo, Nuevo,

---

Correspondencia:  
Eduardo Fonseca-Pedrero  
C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES;  
C.P.: 26002, Logroño,  
La Rioja, España  
Teléfono: +34 941 299 309  
Fax: +34 941 299 333  
Correo electrónico: eduardo.fonseca@unirioja.es.

et al.<sup>3</sup>, en un estudio realizado sobre una muestra de 256 445 personas pertenecientes a 52 países, encontraron que la prevalencia de los delirios de control era del 4,8% y de los delirios de referencia y persecución del 8,4%. Por otro lado, Freeman, et al.<sup>4</sup>, en una muestra representativa formada por 7281 ingleses, encontraron que entre el 1,8% y el 18,6% de los participantes informó durante el último año de creencias de tipo delirante. Aproximadamente entre el 1-3% de la población no clínica tienen delirios con un nivel de gravedad comparable al de casos clínicos de psicosis. Otro 5-6% de la población general presenta creencias delirantes de algún tipo pero sin llegar a tal nivel de gravedad. Y otro 10-15% de la población no clínica tiene experiencias de ideación delirante de forma regular<sup>5</sup>. Un reciente meta-análisis realizado por van Os, et al.<sup>2</sup> mostró que la tasa media de prevalencia de dichas experiencias psicóticas de tipo subclínico era del orden del 5,3%.

Las experiencias psicóticas atenuadas son un marcador de vulnerabilidad para los trastornos psicóticos en general y para la esquizofrenia en particular. Estudios longitudinales independientes muestran que la presencia de tales síntomas subclínicos en adolescentes y jóvenes adultos no clínicos incrementa el riesgo futuro de desarrollar psicosis<sup>6-9</sup>. Más aún, a medida que aumentan la persistencia temporal y la frecuencia de dichas experiencias, así como la exposición a factores ambientales de riesgo, mayor es la probabilidad de transitar hacia un cuadro clínico y la necesidad de tratamiento<sup>6,10,11</sup>. En este sentido, los síntomas psicóticos subclínicos pueden representar la expresión conductual de vulnerabilidad al trastorno psicótico en la población general. Estas experiencias subclínicas también tienen un claro impacto en la salud<sup>9</sup>, se han relacionado con correlatos clínicos tales como ansiedad, síntomas depresivos y/o desregulación afectiva<sup>12-16</sup> y se han asociado con los mismos factores de riesgo encontrados en pacientes con psicosis como, por ejemplo, menor edad, menor nivel de educación, desempleo, urbanidad, consumo de cannabis o alteraciones del neurodesarrollo<sup>2,17</sup>. Estos datos empíricos parecen apoyar la validez de este constructo y sugieren una continuidad entre el fenotipo de psicosis clínico y subclínico<sup>2</sup>.

El campo de la evaluación del fenotipo psicótico ha avanzado considerablemente en el último cuarto de siglo<sup>18-21</sup>. La *Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42)*<sup>20</sup> [Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42] es un autoinforme, desarrollado principalmente a partir del *Peters et al. Delusions Inventory-21 (PDI-21)*<sup>18</sup>, que permite evaluar las experiencias psicóticas, de tipo positivo y negativo, así como la sintomatología depresiva, también característica de estos trastornos. Estudios previos han utilizado la CAPE-42 en muestras clínicas<sup>22</sup>, en muestras de la población general<sup>20,23</sup>, en jóvenes demandantes de servicios asistenciales<sup>24</sup>, en adolescentes no clínicos<sup>25,26</sup>, así como en relación con una amplia gama de variables (p. ej., genéticas, estresores ambientales, etc.)<sup>27,28</sup>. Las puntuaciones de la CAPE-

42 han demostrado un adecuado comportamiento psicométrico referido a la consistencia interna, la estabilidad temporal y las diferentes evidencias de validez<sup>20,22,23,29,30</sup>. Por ejemplo, los niveles de consistencia interna para las tres dimensiones de la CAPE-42 son superiores a 0,77<sup>23</sup>, siendo la estimación del alfa de Cronbach para la puntuación total de la escala superior a 0,89<sup>31</sup>. El coeficiente de correlación intraclase o la estabilidad temporal para las puntuaciones de las tres dimensiones de la CAPE-42 es superior a 0,64<sup>29</sup>. Es digno de mención que algunos trabajos relevantes en el estudio de la CAPE-42 no informan de los niveles de consistencia interna, ni de las dimensiones ni de la puntuación total<sup>20,30</sup>.

En relación con el análisis de su estructura interna, Stefanis, et al.<sup>20</sup>, empleando una muestra de 932 reclutas griegos, encontraron que la solución tridimensional, formada por las dimensiones Positiva, Negativa y Depresiva era la que mejores índices de bondad de ajuste presentaba en comparación con los modelos propuestos. En otro estudio, Verdoux, et al.<sup>30</sup>, utilizando una muestra de 571 universitarias francesas, realizaron un análisis de componentes principales y encontraron una solución dimensional de tres factores correlacionados de manera similar a la informada por Stefanis et al.<sup>20</sup>. Asimismo, Brenner et al.<sup>23</sup>, utilizando una muestra de 2275 canadienses, llevaron a cabo diferentes análisis factoriales confirmatorios y exploratorios, y encontraron que la solución de tres factores presentaba modestos índices de bondad de ajuste (CFI= 0,862; AGFI= 0,855; GFI= 0,734; RMSEA= 0,062), si bien es igualmente cierto que otras estructuras dimensionales formadas por cuatro o cinco factores eran igualmente plausibles. Algunos estudios también han analizado la estructura interna de la CAPE-42 teniendo en cuenta únicamente los ítems que valoran la dimensión positiva y han encontrado soluciones multidimensionales de cuatro o cinco factores (p. ej., Alucinaciones, Paranoia, Grandiosidad, Delirios y Creencias extrañas)<sup>26,32</sup>.

Como se puede observar, a nivel internacional y nacional, los trabajos que analizan la calidad métrica de la CAPE-42 son por el momento insuficientes y resaltan la necesidad de llevar a cabo nuevas investigaciones que permitan conocer y ahondar en las propiedades psicométricas de sus puntuaciones en nuevas muestras y contextos de interés (p. ej., población española). Es relevante disponer de herramientas fiables, breves y sencillas que permitan tomar decisiones fundamentadas de cara a la selección de participantes de riesgo de psicosis o al estudio del fenotipo psicótico en muestras de la población general y/o clínicas. Dentro de este contexto de investigación, el principal propósito del presente trabajo fue examinar la calidad psicométrica de la CAPE-42 en una muestra de universitarios españoles y de pacientes con psicosis. Con esta finalidad, se analizan las tasas de experiencias psicóticas informadas por los participantes, se examina su estructura interna, se estima su fiabilidad y se obtienen fuentes de validez en relación con otras variables que miden ideación delirante y ansiedad estado y rasgo.

## MÉTODO

### Participantes

En el presente trabajo se han utilizado dos muestras de participantes, estudiantes universitarios y pacientes con psicosis. La muestra de estudiantes, seleccionados de forma incidental, la conformaron un total de 660 universitarios, 195 varones (29,5%), pertenecientes a distintos estudios de la Universidad de Oviedo (Magisterio, Criminología, Psicología, Medicina, Logopedia, Informática, Economía y Fisioterapia). La edad media de los participantes fue de 20,3 años ( $DT = 2,6$ ), oscilando el rango de edad entre los 17 y los 30 años. La media del número de años de educación fue 16,8 ( $DT = 2,3$ ). En relación con el estado civil, el 81,6% de la muestra estaba soltero, el 16,2% casado, el 0,6% divorciado y el 1,7% no informó de su estado. Respecto a su situación laboral el 86,6% de los participantes no trabajaba, el 12,6% trabajaba y el 1,2% no informó de su situación laboral. La muestra de pacientes con psicosis la formaron un total de 97 participantes derivados de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Sierrallana de Torrelavega (Santander) y de diferentes dispositivos de la red de salud mental del Principado de Asturias. Del total de pacientes, 68 eran varones (70,1%). La media de edad fue 35,4 años ( $DT = 10,2$ ), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 66 años. El 24,7% de los pacientes se encontraba en una situación laboral activa. En relación con el nivel de estudios, el 27,8% de la muestra tenía estudios primarios, el 25,8 poseía el graduado en la ESO, el 28,9% el bachillerato y el 15,5 estudios universitarios. El 61,9% recibía tratamiento farmacológico y el 38,1% tratamiento combinado (psicológico y farmacológico).

### Instrumentos

*Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42)<sup>20</sup>. La CAPE se compone de 42 ítems que evalúan las dimensiones Positiva (20 ítems), Negativa (14 ítems) y Depresiva (8 ítems) de los síntomas psicóticos. Cada pregunta se responde en un formato de respuesta tipo *Likert* de 4 puntos que oscila desde *casi nunca* (1) hasta *casi siempre* (4). En el caso que el participante elija las opciones de respuesta "*Algunas veces*", "*A menudo*" o "*Casi siempre*", debe indicar el grado de malestar que le produce tal experiencia en una escala tipo *Likert* de 4 puntos (0 = "*no me molesta nada*"; 3 = "*me molesta mucho*"). En este estudio se utilizó la versión validada y adaptada al español [disponible en <http://cape42.homestead.com/>]<sup>33</sup>. Las puntuaciones de la versión española de la CAPE-42 presentan niveles adecuados de fiabilidad; asimismo, se dispone de diferentes fuentes de validez que apoyan su uso como medida para la valoración del fenotipo psicótico<sup>25, 31, 33</sup>.

*Peters et al. Delusions Inventory-21* (PDI-21)<sup>18</sup>. El PDI-21 es un autoinforme diseñado para la valoración de los síntomas delirantes en la población general. El PDI consta de

un total de 21 ítems en formato de respuesta dicotómico Sí/No. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas positivas en cada uno de los ítems, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 21 puntos. Una mayor puntuación es indicativa de mayor sintomatología delirante o propensión delirante. Asimismo, cada uno de los ítems consta de tres subescalas que miden el grado de convicción, preocupación y malestar. En estas tres subescalas el sistema de puntuación es de tipo *Likert* de 5 categorías (1-5). Estudios previos realizados indican que el PDI-21 es un instrumento de medida con adecuada calidad métrica<sup>12, 18, 34</sup>. En este trabajo se ha utilizado a versión española del PDI-21, que ha mostrado un alfa de Cronbach para la puntuación total de 0,75<sup>35</sup>.

*State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)<sup>36</sup>. El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Cada escala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta *Likert* de 4 puntos según la intensidad (0 = "*casi nunca/nada*"; 3 = "*mucho/casi siempre*"). La puntuación total en cada uno de las escalas oscila entre 0 y 60 puntos. En este trabajo se ha utilizado la adaptación española del STAI<sup>37</sup>. En esta versión se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan entre 0,84 y 0,93. Asimismo, se han obtenido diferentes evidencias de validez en relación a la estructura interna y en relación con otras variables<sup>37, 38</sup>.

### Procedimiento

La administración a la muestra de estudiantes de los instrumentos de medida se llevó a cabo de forma colectiva, en grupos de 10 a 45 estudiantes, durante el horario escolar y en un aula acondicionada para este fin. El estudio fue presentado a los participantes como una investigación sobre las diversas características de la personalidad, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas, así como del carácter voluntario de su participación. La administración de los autoinformes se realizó en todo momento bajo la supervisión de un investigador. En el caso de la muestra de pacientes con psicosis, la administración del autoinforme se realizó de forma individual durante una sesión clínica y en una sala debidamente habilitada. Este estudio se encuadra dentro de dos líneas de investigación más amplias relacionadas con la detección temprana de trastornos psicológicos graves en jóvenes adultos no clínicos y con la prevención e intervención temprana y el seguimiento longitudinal de pacientes con pródromos o de primer episodio psicótico ([www.p3-info.es](http://www.p3-info.es)).

### Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los estadísticos descriptivos para los ítems y las dimensiones de la CAPE-42. En segundo

**Tabla 1** Estadísticos descriptivos de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en la muestra de universitarios y de pacientes con psicosis

	CAPE-42 Positiva		CAPE-42 Negativa		CAPE-42 Depresiva		CAPE-42 Total	
	Universitarios	Pacientes	Universitarios	Pacientes	Universitarios	Pacientes	Universitarios	Pacientes
Media	25,06	30,07	22,91	27,11	13,49	15,47	61,45	72,66
DT	4,46	9,33	4,71	8,19	2,78	5,02	9,43	18,41
Asimetría	3,76	1,41	0,57	0,53	1,31	0,78	1,20	0,36
Curtosis	24,89	2,08	0,45	-0,11	2,75	0,31	3,94	-0,60
Rango	20-67	20-62	14-42	14-48	8-28	8-32	42-124	43-125
Alfa	0,83	0,90	0,82	0,88	0,78	0,84	0,89	0,93

lugar, se analizó la estructura interna de la CAPE-42 mediante un análisis factorial confirmatorio para datos ordinales en la muestra de universitarios. El método de estimación fue WLS-MV (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*). Los índices de bondad de ajuste utilizados fueron: el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y la raíz cuadrada media residual ponderada (WRMR). Para que exista un buen ajuste de los datos al modelo, los valores de CFI y TLI deberían ser superiores a 0,95 y los valores RMSEA deberían ser inferiores a 0,08 para un ajuste razonable, e inferiores a 0,05 para un buen ajuste. Los índices de bondad de ajuste no superaron los puntos de corte establecidos por la literatura científica (CFI/GFI < 0,95; RMSEA > 0,08-0,05) por lo que se realizó un análisis factorial exploratorio. El procedimiento para determinar el número de dimensiones fue Análisis Paralelo *optimal implementation*<sup>39</sup>. El método para la extracción de factores fue Mínimos Cuadrados Ponderados con posterior rotación de Promin. En tercer lugar, se estimó el coeficiente alfa de Cronbach de las puntuaciones de la CAPE-42 para las dos muestras. En cuarto lugar, con la finalidad de obtener evidencias de validez en relación con otras variables, se examinaron las correlaciones de Pearson entre las subescalas de los autoinformes en el grupo de estudiantes universitarios. Para el análisis de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 15.0<sup>40</sup>, Mplus 5.0<sup>41</sup> y Factor 8.0<sup>42</sup>.

## RESULTADOS

### Estadísticos descriptivos

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos, referidos a la media, desviación típica, asimetría, curtosis, rango y consistencia interna para las dimensiones y la puntuación total de la CAPE-42, tanto en la muestra de universitarios como en la de pacientes con psicosis. La comparación entre las puntuaciones medias en las dimensiones y la

puntuación total de la CAPE-42 en función de la muestra arrojó diferencias estadísticamente significativas: Dimensión positiva:  $t = -5,21$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,686$ ; Dimensión negativa:  $t = -4,94$ ;  $p < 0,001$ ,  $d = 0,63$ ; Dimensión depresiva:  $t = -3,81$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,49$ ; y Puntuación total:  $t = -5,88$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,766$ . El porcentaje de participantes universitarios que respondieron de forma afirmativa, [categorías "Algunas veces" (2), "A menudo" (3) o "Casi siempre" (4)], a alguno de los ítems de la dimensión positiva de la CAPE-42 osciló entre el 2% (ítem 34) y el 75% (ítem 2). El 96,5% de la muestra de estudiantes informó experimentar "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre" experiencias psicóticas positivas. Si se restringe el rango y únicamente se seleccionan a aquellos participantes que hayan respondido "A menudo" o "Casi siempre" en las opciones de respuesta de la dimensión positiva de la CAPE-42, el rango de porcentajes desciende claramente. En este caso las tasas se sitúan entre el 0,6 % (ítem 24) y el 20,3% (ítem 6), si bien es cierto que todos los porcentajes se acercan al 1-2%.

### EVIDENCIAS DE ESTRUCTURA INTERNA

Para realizar el análisis factorial confirmatorio se sometieron a prueba tres modelos dimensionales hipotéticos en la muestra de universitarios. El primer modelo consideraba la presencia de una única dimensión general de psicosis que podría explicar toda la sintomatología subyacente. El segundo modelo proponía dos dimensiones principales de psicosis, una de síntomas positivos, y otra de síntomas negativos y depresivos. El tercer modelo, el propuesto por Stefanis et al. (2002), que postulaba la presencia de tres dimensiones (Positiva, Negativa y Depresiva). Los resultados para el modelo unidimensional fueron:  $\chi^2 = 1018,52$ , g.l. = 113; CFI = 0,683; TLI = 0,773; RMSEA = 0,110; WRMR = 2,405. Los índices de bondad de ajuste para el modelo bidimensional fueron:  $\chi^2 = 677,94$ , g.l. = 124; CFI = 0,806; TLI = 0,873; RMSEA = 0,082; WRMR = 1,877. Los resultados del análisis factorial

Tabla 2			
Análisis factorial exploratorio de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en la muestra de universitarios			
Factores			
Ítems	I	II	III
1			0,65
2			0,24
3			0,47
4	0,34		
5		0,42	
6			0,27
7		0,54	
8	0,68		
9			0,66
10		0,45	
11		0,43	
12			0,49
13	0,30		
14			0,46
15		0,45	
16	0,40		
17		0,42	
18			0,45
19			0,45
20		0,32	
21			0,54
22			0,26
23		0,37	
24		0,45	
25	0,35		
26		0,58	
27	0,63		
28		0,44	
29			0,32
30		0,47	
31		0,74	
32	0,81		
33		0,72	
34		0,75	
35			0,30
36			0,52

Tabla 2			
Continuación			
Factores			
Ítems	I	II	III
37			0,40
38			0,55
39			0,57
40			0,46
41		0,49	
42		0,71	

Nota: las cargas factoriales inferiores a 0,30 han sido eliminadas, excepto en los ítems, 2, 6 y 22.

confirmatorio para el modelo tridimensional fueron:  $\chi^2 = 623,79$ , g.l. = 123; CFI = 0,825; TLI = 0,885; RMSEA = 0,079; WRMR = 1,803. Como se puede observar, los índices de bondad de ajuste no alcanzaron los puntos de corte recomendados por la literatura especializada, por lo que se procedió a la realización de un análisis factorial exploratorio.

De este modo, con la finalidad de examinar la estructura interna de la CAPE-42, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio a partir de la matriz de correlaciones policóricas. Los elevados valores de asimetría y curtosis encontrados no permitieron computar la matriz de correlaciones policóricas, por lo que se utilizó la matriz de correlaciones de Pearson. El procedimiento para determinar el número de dimensiones aconsejó la extracción de cuatro factores; no obstante, el examen de la solución tetradimensional indicó que solo dos ítems formaban el cuarto factor, por lo que también se examinó la solución de tridimensional. El modelo de tres factores tenía una clara interpretación psicológica y era coherente con el criterio de Cattell (Gráfico de sedimentación). Las cargas factoriales estimadas resultantes del análisis factorial se presentan en la Tabla 2. El primer factor explicó el 19,06% de la varianza total (*eigenvalue* 8,01) y se correspondía con ítems que valoraban la dimensión Negativa de psicosis. El segundo factor explicó el 10,69% de la varianza total (*eigenvalue* 4,49) y agrupaba ítems que valoraban la dimensión Positiva de psicosis. El tercer factor explicó el 4,82% de la varianza total (*eigenvalue* 2,02) y aglutinaba ítems relacionados con Depresión y síntomas negativos. Únicamente tres ítems presentaron cargas factoriales inferiores a 0,30. Los valores de correlación entre los factores fue: FI-II = 0,25; FI-FIII = 0,41; FII-FIII = 0,21.

### Estimación de la consistencia interna de las puntuaciones de la CAPE-42

En la Tabla 1 se pueden observar los valores fiabilidad estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach. En la

Tabla 3

Correlaciones de Pearson entre las dimensiones de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42), la puntuación total del Inventario de Ideas Delirantes de Peters-21 (PDI-21) y las dos escalas del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en la muestra de universitarios

	CAPE-42 Positiva	CAPE-42 Negativa	CAPE-42 Depresiva	PDI-21	STAI Estado
CAPE-42 Negativa	0,36*				
CAPE-42 Depresiva	0,32*	0,61*			
PDI-21	0,77*	0,43*	0,35*		
STAI Estado	0,27*	0,40*	0,56*	0,26*	
STAI Rasgo	0,30*	0,54*	0,72*	0,29*	0,64*

\*  $p < 0,01$

muestra de universitarios, los niveles oscilaron entre 0,78 y 0,89 y en la muestra de pacientes con psicosis los valores oscilaron entre 0,84 y 0,93. Todos los índices de discriminación calculados para cada muestra y dimensión de la CAPE-42 fueron superiores a 0,30, excepto en tres casos.

### Evidencias de validez de relación con otras variables

En la Tabla 3 se recogen las correlaciones de Pearson entre las dimensiones de la CAPE-42, el PDI-21 y las subescalas del STAI en la muestra de universitarios. Como se puede observar, las correlaciones entre las dimensiones de la CAPE-42 y las puntuaciones del PDI-21, y la Ansiedad Estado y Rasgo fueron moderadas y estadísticamente significativas, oscilando los valores entre 0,27 y 0,77. En la muestra de pacientes las correlaciones entre las tres dimensiones de la CAPE-42 fueron: Positiva-Negativa= 0,35; Positiva-Depresiva= 0,41; y Negativa-Depresiva= 0,73.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo fue examinar la calidad psicométrica de la Escala para Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en una muestra de universitarios españoles y de pacientes con psicosis. Con esta finalidad, se analizaron las tasas de experiencias psicóticas informadas por los participantes, se examinó su estructura interna, se estimó su fiabilidad y se obtuvieron fuentes de validez en relación con otras variables que medían ideación delirante y ansiedad estado y rasgo. No cabe duda que es sumamente relevante disponer de datos psicométricos que avalen y justifiquen la utilización de la CAPE-42 en población española. Los resultados indican que la CAPE-42 es un

instrumento de medida breve, sencillo y de rápida aplicación, que presenta un correcto comportamiento psicométrico y que podría ser utilizado como instrumento de cribado en población general.

La tasa de prevalencia de las experiencias psicóticas informadas en este estudio osciló entre el 20% y el 75%, si se tomaba un criterio más bien laxo, y entre 0,6% y 20,3% si se consideraba un criterio restrictivo. Como se puede observar, las tasas de síntomas psicóticos positivos autoinformados variaban considerablemente en función del criterio considerado. Asimismo, los pacientes presentaron puntuaciones medias más altas que los estudiantes universitarios, con una clara significación práctica. Estos resultados referidos a las tasas de prevalencia de los síntomas psicóticos son similares a los encontrados en trabajos previos, tanto en población general como en adolescentes<sup>2-4, 26, 43</sup>. Por ejemplo, Scott et al<sup>44</sup>, utilizando el PDI-21 en una muestra de 2441 participantes, encontraron que entre el 5,5% (ítem 21) y el 77% (ítem 3) de la muestra respondió afirmativamente a algún ítem del autoinforme. Estos datos parecen apoyar que las experiencias psicóticas atenuadas no se circunscriben únicamente a la población clínica, sino que se pueden encontrar en población general por debajo del fenotipo clínico, sugiriendo la posibilidad, a nivel psicométrico, de una continuidad entre el fenotipo clínico y subclínico de la psicosis<sup>2, 17</sup>.

Los resultados del presente estudio señalaron que la CAPE-42 es un autoinforme con adecuadas propiedades psicométricas referidas a consistencia interna y a evidencias de estructura interna, así como en relación con otras variables. La estimación de la fiabilidad, tanto para la muestra de estudiantes como de pacientes, arrojó niveles de consistencia interna superiores a 0,78, siendo superior en el caso de la muestra de pacientes. Estos datos son bastante similares a los referidos en trabajos previos<sup>23, 31</sup> y arrojan nueva infor-

mación acerca de los niveles de la fiabilidad de la CAPE-42 en muestras de pacientes con psicosis.

El análisis de la estructura interna de la CAPE-42, realizado mediante análisis factoriales confirmatorios, no apoyó el modelo dimensional hipotetizado de tres dimensiones correlacionadas propuesto por los constructores del autoinforme<sup>20</sup>. No obstante, el análisis factorial exploratorio arrojó una solución tripartita más parsimoniosa conformada por los factores Positivo, Negativo y Depresivo/Negativo. Cabe destacar que el solapamiento encontrado entre algunos ítems de naturaleza depresiva y negativa, como bien refleja el tercer factor resultante del análisis factorial. Un examen minucioso de dichos ítems refleja claramente la dificultad de separar operativamente ambas dimensiones. En términos generales, estos resultados son parcialmente consistentes con los informados en trabajos previos<sup>20, 23, 30</sup>. Asimismo, es digno de mención que el solapamiento encontrado entre las dimensiones de la CAPE-42, tanto en la muestra de estudiantes como en la de pacientes, es inferior al hallado en la literatura previa<sup>22</sup>, si bien son resultados similares a los informados por Verdoux, et al.<sup>30</sup>. Estos datos son interesantes de cara al análisis de la validez convergente-discriminante de las dimensiones que conforman la CAPE-42. Nuevos estudios que se lleven a cabo deberían intentar analizar la estructura interna del autoinforme en otras muestras de interés y delimitar la relación existente a nivel de ítems entre la dimensión Negativa y Depresiva de la CAPE-42.

Las puntuaciones de la CAPE-42 correlacionaron de forma positiva moderada con las puntuaciones del PDI-21 y las de Ansiedad Estado y Rasgo del STAI. Estos resultados aportan nuevas evidencias de validez de la CAPE-42. Además, son claramente convergentes con los datos encontrados en la literatura previa, tanto en adolescentes y adultos jóvenes no clínicos<sup>4, 12-14, 16, 26</sup>, como en muestras clínicas de pacientes con trastornos psicóticos<sup>15, 45</sup>. Los síntomas psicóticos atenuados se han relacionado con correlatos clínicos tales como ansiedad, síntomas depresivos y/o desregulación afectiva. Estos resultados indican que los síntomas afectivos (depresión y ansiedad) se encuentra presentes en personas sanas a nivel subclínico, pudiendo ser cualitativamente similares aunque cuantitativamente diferentes a los presentados en pacientes con psicosis. En este sentido, es interesante indicar que estudios recientes resaltan el papel que puede jugar la desregulación afectiva a la hora de transitar hacia un cuadro clínico en individuos de la población general<sup>46, 47</sup>.

Los resultados encontrados en el presente estudio deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, las características de la muestra no permiten la generalización de los resultados a otras poblaciones de interés. En segundo lugar, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, por lo que hubiese sido interesante la utilización de informantes externos, vía heteroinforme. En tercer lugar, no se debe perder

de vista la naturaleza transversal de esta investigación, con lo que no es posible establecer inferencias de causa-efecto. Finalmente, en cuarto lugar, en el caso de la muestra de estudiantes universitarios no se recogió información sobre la presencia de posibles trastornos psicológicos.

Futuros estudios deberían examinar las propiedades métricas de la CAPE-42 en relación con otros marcadores de riesgo de psicosis (p. ej., déficit en atención sostenida, funciones ejecutivas, reconocimiento facial) y en otras muestras de interés (p. ej., participantes con pródromos o familiares de primer grado de pacientes con psicosis). Del mismo modo, sería interesante determinar la capacidad predictiva (sensibilidad y especificidad) de la CAPE-42 en estudios longitudinales independientes y determinar su valor heurístico en la detección de participantes de riesgo a los trastornos psicóticos.

#### AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Referencias de los proyectos: PSI2011-28638, PSI 2011-23818, PSI 2008-06220 y PSI 2008-03934.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374:635-45.
2. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*. 2009;39:179-95.
3. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*. In press.
4. Freeman D, McManus S, Brugha T, et al. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*. 2011;41:923-36.
5. Freeman D. Delusions in the nonclinical population. *Current Psychiatry Reports*. 2006;8:191-204.
6. Dominguez MG, Wichers M, Lieb R, et al. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*. In press.
7. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, et al. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57:1053-8.
8. Welham J, Scott J, Williams G, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*. 2009;39:625-34.
9. Gooding DC, Tallent KA, Matts CW. Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;114:170-5.
10. Smeets F, Lataster T, Dominguez MD, et al. Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophrenia*

- Bulletin. 2012;38:531-42.
11. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness-persistence model. *Psychological Medicine*. 2007;37:513-27.
  12. Cella M, Cooper A, Dymond SO, et al. The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49:544-50.
  13. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, et al. Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema*. 2011;23:87-93.
  14. Kwapił TR, Barrantes Vidal N, Silvia PJ. The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34:444-57.
  15. Horan WP, Blanchard JJ, Clark LA, et al. Affective traits in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34:856-74.
  16. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, et al. Schizotypy, emotional-behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry Research*. 2011;190:316-21.
  17. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*. 2011;41:1-6.
  18. Peters E, Joseph S, Day S, et al. Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30:1005-22.
  19. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, et al. Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico. *Papeles del Psicólogo*. 2011;32:129-51.
  20. Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK, et al. Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*. 2002;32:347-58.
  21. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, et al. Schizotypy assessment: State of the art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2008;8:577-93.
  22. Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, et al. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38:149-54.
  23. Brenner K, Schmitz N, Pawliuk N, et al. Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal community sample. *Schizophrenia Research*. 2007;95:86-95.
  24. Yung AR, Buckby JA, Cosgrave EM, et al. Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia Research*. 2007;91:246-53.
  25. Barragan M, Laurens KR, Blas Navarro J, et al. 'Theory of Mind', psychotic-like experiences and psychometric schizotypy in adolescents from the general population. *Psychiatry Research*. 2011;186:225-31.
  26. Wigman JT, Vollebergh WA, Raaijmakers QA, et al. The structure of the extended psychosis phenotype in early adolescence--A cross-sample replication. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37:850-60.
  27. Wigman JT, van Winkel R, Jacobs N, et al. A twin study of genetic and environmental determinants of abnormal persistence of psychotic experiences in young adulthood. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2011;156:546-52.
  28. Rossi A, di Tommaso S, Stratta P, et al. How much stress is needed to increase vulnerability to psychosis? A community assessment of psychic experiences (CAPE) evaluation 10 months after an earthquake in L'Aquila (Italy). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012;262:265-8.
  29. Konings M, Bak M, Hanssen M, et al. Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;114:55-61.
  30. Verdoux H, Sorbara F, Gindre C, et al. Cannabis use and dimensions of psychosis in a nonclinical population of female subjects. *Schizophrenia Research*. 2002;59:77-84.
  31. Obiols JE, Barragán M, Vicens J, et al. Síntomas seudopsicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2008;13:205-17.
  32. Armando M, Nelson B, Yung AR, et al. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophrenia Research*. 2010;119:258-65.
  33. Ros-Morente A, Vilagra-Ruiz R, Rodríguez-Hansen G, et al. Process of adaptation to Spanish of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:95-105.
  34. Jones SR, Fernyhough C. Reliability of factorial structure of the Peters et al. delusions inventory (PDI-21). *Personality and Individual Differences*. 2007;43:647-56.
  35. López-Ilundain JM, Pérez-Nievas F, Otero M, et al. Inventario de experiencias delirantes de Peters (PDI) en población general española: fiabilidad interna, estructura factorial y asociación con variables demográficas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:94-104.
  36. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R, et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
  37. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (7ª ed. revisada)*. Madrid: TEA Ediciones S.A, 2008.
  38. Bados A, Gómez-Benito J, Balaguera G. The State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version: Does It Really Measure Anxiety? *Journal of Personality Assessment*. 2010;92:560-7.
  39. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*. 2011;16:209-20.
  40. *Statistical Package for the Social Sciences. SPSS Base 15.0 User's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc, 2006.
  41. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus User's Guide*. Fifth ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén, 1998-2007.
  42. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*. 2006;38:88-91.
  43. Fonseca-Pedrero E, Santarén-Rosell M, Lemos-Giráldez S, et al. Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente [Psychotic-like experiences in the adolescent general population]. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2011;39:155-62.
  44. Scott J, Welham J, Martin G, et al. Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118:230-7.
  45. Achim AM, Maziade M, Raymond E, et al. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37:811-21.
  46. van Rossum I, Dominguez D-G, Lieb R, et al. Affective dysregulation and reality distortion: A 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophrenia Bulletin*. In press.
  47. Hanssen M, Bak M, Bijl R, et al. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44:181-91.