

Ángela López Martín^{a,c}
 José Pérez-Revuelta^{a,b,c}
 Edgar García-Spínola^c
 Rocío Torrecilla-Olavarrieta^{a,b}
 Ana Pérez Morenilla^{a,b,c}
 Anais López García^d
 José M^a Mongil-SanJuan^{a,b}
 Carmen Rodríguez-Gómez^{a,b}
 Juan M Pascual Paño^{a,b}
 José M^a Villagrán-Moreno^{a,b,c}
 Francisco González-Saiz^{a,b,c,e}

Evidencias de validez y fiabilidad de la versión española de la "Observable Social Cognition: A Rating Scale" (OSCARS) en pacientes con esquizofrenia

a Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA) Unidad Investigación Hospital Universitario de Puerta del Mar Universidad de Cádiz, España

b Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud, España

c Departamento Neurociencias, Universidad de Cádiz, España.

d Distrito de Atención Primaria Jerez – Costa Noroeste, Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, Servicio Andaluz de Salud, España

e Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

RESUMEN

Introducción. El deterioro en la Cognición Social (CS) forma parte del síndrome deficitario de la esquizofrenia. La Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS) evalúa la CS percibida a través de un informador externo clave. El objetivo del estudio es analizar las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad de su adaptación transcultural para población española.

Metodología. Estudio observacional y transversal en una muestra de pacientes ambulatorios con esquizofrenia (n = 109) seleccionados mediante muestreo simple aleatorizado. Instrumentos seleccionados: Tarea de Hinting, batería cognitiva de consenso MATRICS, escala de impresión clínica global (CGI-SCH) y cuaderno de datos ad hoc.

Resultados. El Análisis Factorial Exploratorio identificó un modelo de dos factores, igual al original, que explican el 59,02% del total de la varianza: sesgo cognitivo social y habilidad cognitiva social. Al igual que en la versión original, no se encontraron resultados de correlación con otras medidas de CS: tarea de Hinting (r: - 0,085; p = 0,382) o MSCEIT de la MATRICS (r: 0,015; p = 0,877). No se observaron correlaciones significativas con otros dominios neurocognitivos. El coeficiente alpha de Cronbach fue de 0,82 (0,75 y 0,76, para cada factor). El valor de kappa ponderado medio fue 0,43. La puntuación del Coeficiente de Correlación Intraclases, 0,84 (IC95%: 0,76 – 0,88; p<0,001)

Conclusiones. Los hallazgos apoyan la validez y fiabilidad de la adaptación transcultural de la OSCARS como una herramienta de propiedades psicométricas equivalentes a la

original que permite la evaluación de la CS mediante un informante referente en individuos con esquizofrenia.

Palabras clave Esquizofrenia; cognición social; cuidadores; escala OSCARS; propiedades psicométricas

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(6):253-68

ABSTRACT

Introduction. Social Cognition (SC) impairment is part of the deficit syndrome of schizophrenia. The Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS) evaluates the perceived SC through an external reference informant. The aim of this paper is to analyze the psychometric properties of validity and reliability of its cross-cultural adaptation for the Spanish population.

Methods. Observational and cross-sectional study in a sample of outpatients with schizophrenia (n = 109), selected by simple randomized sampling. Selected instruments: Hinting task, MATRICS cognitive consensus battery, clinical global impression scale (CGI-SCH) and specific data collection logbook.

Results. Exploratory Factor Analysis identified a two-factor model, like the original version, that explains 59.02% of the total variance: social cognitive bias and social cognitive ability. As in the original version, no correlation results were found with other SC measures: Hinting task (r: - 0.085; p value = 0.382) or MSCEIT of the MATRICS (r: 0.015; p value 0.877). No specific correlations were observed with other neurocognitive domains. Cronbach's alpha coefficient was 0.82 (0.75 and 0.76, for each factor). The mean weighted kappa value was 0.43. Intra-class Correlation Coefficient score, 0.84 (95% CI: 0.76 - 0.88; p <0.001)

*Dirección autor correspondencia:

José Pérez-Revuelta

C/ José Luis Díez, 14. 5ª Pl., 11403, Jerez de la Frontera, Cádiz, España.

Conclusions. These findings support the validity and the reliability of the cross-cultural adaptation of the OSCARS a tool to assess SC by a referent informant in individuals with schizophrenia with similar psychometric properties to the original version.

Key words. Schizophrenia; social cognition; caregivers; OSCARS scale; psychometric properties

INTRODUCCIÓN

El concepto de cognición social (CS) hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales y permiten guiar el comportamiento social^{1,2}. Recientes estudios, consideran la CS como uno de los dominios endofenotípicos de relevancia en el nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales – Research Domain Criteria: RDoC – propugnado por el National Institute of Mental Health³. En concreto, algunos autores señalan que la CS tendría el papel de variable mediadora entre la neurocognición y la funcionalidad⁴⁻⁹. Existiría una disfunción en este contexto en personas con esquizofrenia, determinada por un síndrome cognitivo con alteraciones en diferentes niveles^{2,10-13}.

Así, teniendo en cuenta las implicaciones prácticas de estas alteraciones sobre la funcionalidad, la CS se convierte en un objetivo potencial de tratamiento. Por tanto, se hace imprescindible definir adecuadamente la CS y sus dimensiones en la esquizofrenia¹³, además de consensuar herramientas adecuadas para su evaluación^{4,14}. En la actualidad, la mayoría de las medidas empleadas presentan varias limitaciones: propiedades psicométricas escasamente establecidas¹⁵, especialmente en las que evalúan dimensiones concretas; un solapamiento conceptual y de contenido entre pruebas¹⁶ y un prolongado tiempo de aplicación. Factores que dificultan su aplicación práctica.

Existen dos estrategias para la evaluación de la CS. Habitualmente, se emplean pruebas de rendimiento para cada uno de los dominios conceptualmente establecidos. Otro modo implica la medida de un concepto general de CS, por ejemplo, GEOPTÉ¹⁷, o conceptos análogos, por ejemplo, el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)¹⁸ empleado en el conceso MATRICS para la evaluación de la dimensión CS¹⁹. Sin embargo, un enfoque alternativo implica caracterizar los déficits en CS a través de la información proporcionada por la persona con la que el paciente mantiene contacto regular y una supervisión frecuente, su cuidador principal. Este enfoque, previamente utilizado para la evaluación neurocognitiva en esquizofrenia mediante la Schizophrenia Cognition Rating Scale –SCoRS–²⁰, ha orientado al grupo de trabajo coordinado por David L. Penn de la

Universidad de North Carolina, a desarrollar la Observable Social Cognition: A Rating Scale –OSCARS–²¹. Esta entrevista clínica semiestructurada evalúa la CS incorporando la perspectiva del informante clave, el cuidador principal. La OSCARS mide algunos de los principales dominios de la CS derivados del consenso establecido tras el estudio SCOPE – Social Cognition Psychometric Evaluation–^{4,14}: percepción de la emoción, *teoría de la mente*, estilo atribucional, además de rigidez cognitiva y salto a las conclusiones.

Aunque en nuestro medio contamos con la GEOPTÉ¹⁷, la OSCARS presenta una aproximación alternativa a la medida del constructo CS desde la perspectiva de los informantes claves como fuente de información, también, con adecuadas validez concurrente y discriminante y de contenido. No obstante, hasta el momento, no existe ninguna versión de este instrumento en ningún país de habla hispana, por lo que se hace necesario su adaptación y la posterior aportación de evidencias de sus propiedades psicométricas. Por todo ello, el objetivo de este estudio es aportar datos de validez y fiabilidad de la escala OSCARS aplicada sobre cuidadores principales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, para evaluar la cognición social de los sujetos a través de una persona de su entorno e informante clave, a partir de una muestra española tratada en dispositivos comunitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes y procedimientos

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: (a) edad ≥ 18 años; (b) diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 (F20)²²; (c) seguimiento especializado activo en alguna USMC de nuestra área; y (d) que dispongan de un cuidador principal. Definimos esta figura de manera operativa como la persona que mantiene un contacto más estrecho y/o regular con el paciente, con independencia del tipo de relación o vínculo. Los criterios de inclusión para los cuidadores: (a) edad ≥ 18 años; (b) cumplir criterios de la definición operativa de cuidador principal. Los criterios de exclusión, para ambos, fueron: (a) presencia de trastorno mental comórbido que altere el rendimiento cognitivo (por ejemplo, retraso mental, deterioro cognitivo grave o síndrome orgánico cerebral); (b) sujetos en situación de descompensación psicótica; o (c) incapacidad para responder por dificultad para comprender el castellano. Todos los participantes, pacientes y cuidadores, firmaron el consentimiento informado. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité ético provincial del Hospital de Puerta del Mar, Cádiz, España. El reclutamiento fue por muestreo aleatorio simple, mediante el listado de pacientes con esquizofrenia de nuestro servicio. La evaluación se dividió en cuatro fases: entrevista clínica (variables sociodemográficas y clínicas, CGI-SCH y tarea de

Hinting), valoración neurocognitiva (MATRICS incluyendo MSCEIT), entrevista específica al cuidador (ECFOS-II, OSCARS sobre el paciente y MSCEIT del propio cuidador) y retest de la OSCARS, también a estos. Cada parte se realizó, de manera diferencial, por un psiquiatra y una psicóloga contratados y entrenados específicamente. El retest era evaluado entre 7 y 10 días después, vía telefónica. Durante todo el proceso se garantizó el anonimato y la confidencialidad y los participantes no recibieron ninguna compensación económica por participar en las entrevistas. La recogida de datos se realizó desde mayo de 2016 hasta mayo de 2019. El tamaño de la muestra se estimó mediante el criterio de MacCallum et al.²³. Con un porcentaje de pérdidas del 20% de pacientes y, sobre este, del 15% de cuidadores, se calculó una muestra de 110 participantes.

Instrumentos de evaluación

Evaluación neurocognitiva: La Consensus Cognitive Battery (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – MATRICS)¹⁹, es una batería de evaluación cognitiva estructurada y heteroaplicada, de 60 minutos o más de duración. Formada por 10 instrumentos, adaptada a esquizofrenia y validada al castellano por Rodríguez-Jiménez y colaboradores²⁴. Evalúa el funcionamiento cognitivo atendiendo a distintos dominios que engloban una o varias pruebas: velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, cognición social. Todas las pruebas presentan niveles psicométricos adecuados con normalización de la puntuación por dominios en función de edad, sexo y nivel educativo.

Medidas de cognición social directamente sobre el paciente: Se han empleado dos medidas. En primer lugar, la batería de consenso MATRICS¹⁹ evalúa de manera específica y global la dimensión *cognición social*, entre otras dimensiones neurocognitivas, mediante el test MSCEIT¹⁸. Este instrumento inicialmente diseñado para evaluar la inteligencia emocional como una capacidad mediante resolución de problemas emocionales, se incorpora al consenso como medida de CS desde un concepto análogo y general. Presenta versión adaptada al español por Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos²⁵. Proporciona una puntuación global y específica para las áreas principales según el modelo de Mayer y colaboradores¹⁸: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional, manejo emocional. En segundo lugar, valoración de la dimensión específica de *teoría de la mente* mediante el test de las Insinuaciones o Tarea de Hinting (HT)²⁶. Este instrumento evalúa a través de la resolución ante supuestos en distintas historias. Hemos empleado la versión breve que cuenta con 5 historias validadas al español por Gil et al.²⁷.

Medida de cognición social a través de un informante clave: La Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS)²¹, validada para población con esquizofrenia, evalúa el deterioro cognitivo social global, incorporando la perspectiva de la persona cuidadora principal. El instrumento se aplica como entrevista semiestructurada²¹ sobre el cuidador principal, aunque también podría administrarse como cuestionario basado en informantes. Durante la entrevista realizada individualmente, los evaluadores aportan una copia al cuidador y facilitan su valoración directa acerca del paciente. La valoración final del entrevistador permite desacuerdo en cada ítem en función de la información adicional obtenida mediante las entrevistas con el paciente. En caso de dudas se consensuó la valoración con el facultativo referente del paciente. El tiempo de administración total osciló entre 15 y 25 minutos. La escala presenta 8 ítems codificados en una escala tipo Likert desde 1 o ninguna gravedad, hasta 7 o muy grave.

Healey y colaboradores²¹ aportaron evidencias de las adecuadas características psicométricas de la versión original en inglés de la escala. La validez de constructo fue evaluada mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) a través del método de máxima verosimilitud, con rotación oblicua Crawford-Ferguson Quartimax. El modelo de dos factores presentó mejor ajuste: el factor I o *sesgo cognitivo social* contiene los ítems sobre estilo atribucional (ítem 2), salto a conclusiones (ítem 3) y rigidez cognitiva (ítems 4 y 5). El factor II o *habilidad cognitiva social*, incluye los ítems referidos a *teoría de la mente* (ítems 6,7 y 8) y percepción emocional (ítem 1). El ítem 6 (*teoría de la mente*) no se cargó claramente en un factor. Los pacientes con esquizofrenia presentaron déficits significativamente mayores en la OSCARS que los controles sanos ($F(1,108)$, $p<0,001$) tras controlar por cociente intelectual y nivel educativo. Sin validez convergente salvo con la puntuación del índice de agresión de la Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire – AIHQ. Validez externa con medidas de funcionalidad (Global Social Functioning Scale – GSF, correlación negativa y significativa ($r = -0,27$; $p<0,05$)). La validez discriminante con otras medidas de neurocognición (Wechsler Abbreviated Scales for Intelligence – WASI) y clínicas (subescalas de la Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), sin relaciones significativas. Su consistencia interna es adecuada, coeficiente alfa de Cronbach (α) de 0,80 para la muestra de pacientes. La fiabilidad test-retest moderada, valor medio de kappa de 0,62, con un Coeficiente de Correlación Intraclases (CCI) de 0,86.

Previa autorización expresa de sus autores, para la adaptación y validación al castellano de la escala OSCARS seguimos el procedimiento clásico en tres fases²⁸. Primero, dos profesionales de salud mental con adecuados conocimientos del inglés la tradujeron por separado. Ambas versiones se compararon activamente, obteniendo una versión unificada de consenso que fue supervisada por otro profesional. Pos-

teriormente, la versión española fue retrotraducida al inglés y enviada al autor original (Dr. David L. Penn), quien verificó su equivalencia conceptual.

Variables sociodemográficas, clínicas y del cuidador: Las distintas variables sociodemográficas fueron recogidas mediante el cuaderno de recogida de datos diseñado *ad hoc* y cumplimentado íntegramente para cada sujeto y cuidador. Para el paciente, además se recogieron medidas de carácter clínico y caracterización de la enfermedad: tiempo de enfermedad y número de ingresos. La gravedad general del trastorno en el momento de la entrevista fue evaluada mediante la escala de Impresión Clínica Global para esquizofrenia (CGI-SCH)²⁹. Para el cuidador se incluyó una selección de ítems extraídos de la Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS-II)³⁰: tipo de convivencia, tipo de parentesco y frecuencia de la relación con el paciente, además se aplicó, también, la MSCEIT según baremos de población general.

Análisis estadístico

Se realizó un AFE de la OSCARS en su versión adaptada utilizando el análisis de componentes principales. Se empleó el criterio de Kaiser³¹ para determinar el número de factores a extraer. El criterio de Stevens³² se usó para seleccionar los ítems que cargan en cada factor. El método de rotación VARIMAX (transformación ortogonal) fue el elegido para la transformación de las soluciones de la matriz resultante³¹. Se analizó la homogeneidad global de la OSCARS mediante dos pruebas de idoneidad del AFE: la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)³¹ y el test de esfericidad de Bartlett³³. La validez convergente se evaluó determinando la asociación de la puntuación de la OSCARS con la MSCEIT y la Tarea de Hinting; la validez discriminante mediante la relación con las puntuaciones de los restantes dominios neurocognitivos de la MATRICS. Se emplearon en ambos casos coeficientes de correlación de Pearson³⁴. Respecto al análisis de fiabilidad, para la consistencia interna de los componentes obtenidos se realizó mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach³⁵ y los coeficientes resultantes se interpretaron según los criterios propuestos por Nunnally³⁶. El análisis test-retest ítem a ítem se estimó mediante el valor del coeficiente kappa ponderado medio. La concordancia entre puntuaciones totales, mediante los valores del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI)³⁷. También se estudiaron la diferencia de medias entre ambos tiempos mediante la prueba t de Student. El nivel de significación bilateral utilizado como punto de corte fue $p < 0,05$ para todos los test realizados. Todos los análisis descritos se aplicaron sobre la totalidad de la muestra evaluada (descrita en resultados, $n = 109$) con datos perdidos solo para las variables HT y la batería de instrumentos MATRICS. Se calculó el intervalo de confianza del 95% para todos los estimadores. Los análisis se realizaron con la SPSS® v24.0 (IBM-SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

RESULTADOS

Caracterización y descripción de la muestra

Un total de 142 pacientes fueron inicialmente propuestos para el estudio, de ellos 21 no cumplieron criterios de inclusión y 11 abandonaron durante el proceso de evaluación. Aunque la estimación inicial fue de 110, finalmente, se analizaron 109 pacientes con su correspondiente cuidador. Se excluyó una pareja pues no se pudo incluir el retest del cuidador. Dos sujetos con datos perdidos para la HT y uno para la MATRICS, por incapacidad del paciente a continuar esas pruebas en particular, si fueron incorporados al análisis. Por tanto, la tasa de pérdidas resultó inferior al 10% esperado, permitiendo así una muestra suficiente. Como puede verse en la tabla 1, la mayoría de los pacientes de la muestra eran varones (74,3%), con una evolución crónica de la enfermedad con casi 20 años de duración media (18,8 SD = 11,47), solteros (78,0%), convivientes con su familia de origen (62,4%) y en situación de incapacidad laboral permanente o jubilados (48,6%).

Los cuidadores, por su parte, eran en su mayoría mujeres (73,4%), casadas (59,6%), convivientes con su familia propia (78,9%) y, en menor proporción, en situación incapacidad laboral permanente o jubiladas (37,6%). Puede observarse en la tabla 2 como los pacientes se encontraban medianamente enfermos (media CGI - SCH 2,95, SD = 1,08) en el momento de la exploración, con afectación neurocognitiva global, (percentil medio MATRICS global 5,66, SD = 12,42). El deterioro de la CS evaluado por la información del cuidador, a nivel basal era leve - moderada (OSCARS media 20,83, SD = 9,09). Podemos añadir, por su parte, que la puntuación CS del cuidador medida mediante la MSCEIT presentaba una ligera desviación de la normalidad (Puntuación Percentil media 41,57; SD = 30,17).

Análisis de las evidencias de validez de la versión adaptada de la OSCARS

a) Evidencias basadas en la estructura interna de la OSCARS adaptada (AFE) ($n = 109$)

La matriz de correlaciones se consideró idónea para realizar el AFE, dado el valor de 0,816 obtenido para el estadístico de Kaiser - Meyer - Olkin y la elevada significación en la prueba de Esfericidad de Bartlett [$X^2 (28) = 258,78$; $p < 0,001$]. Basándonos en los criterios de Kaiser³⁸, obtenemos una solución con dos factores (tabla 3). Estos dos factores son de fácil interpretación clínica y coincidentes con los indicados en la validación de la OSCARS en su versión original²¹. El factor I explica el 44,02 % de total la varianza, incrementándose hasta el 59,02% al añadir el factor II.

Tabla 1 <i>Características demográficas y clínicas. Pacientes y cuidadores evaluados. Aspectos clínicos referidos a la evolución de la enfermedad en los primeros y aspectos asociados a sobrecarga de dedicación en el cuidador.</i>		
Variables evaluadas	Pacientes N=109	Cuidadores N=109
Edad, <i>M (SD)</i>	42,40 (12,71)	50,83 (15,52)
Género, <i>n (%)</i>		
Varones	81 (74,3)	29 (26,6)
Mujeres	28 (25,7)	80 (73,4)
Estado civil, <i>n (%)</i>		
Soltero	85 (78,0)	10 (9,2)
Casado/conviviente	13 (11,9)	65 (59,6)
Separado/divorciado	9 (8,3)	13 (11,9)
Viudo	2 (1,8)	21 (19,3)
Años de escolarización, <i>M (SD)</i>	11,56 (4,59)	8,5 (5,72)
Convivencia, <i>n (%)</i>		
Solo	16 (14,7)	3 (2,8)
Con familia propia	24 (22,0)	86 (78,9)
Con familia de origen	68 (62,4)	17 (15,6)
Con familia propia y de origen	0 (0,0)	1 (0,9)
Otros familiares y/o amigos	1 (0,9)	2 (1,8)
Situación laboral, <i>n (%)</i>		
Trabajo remunerado	6 (5,5)	25 (22,9)
Trabajo remunerado sin cobertura legal	4 (3,7)	5 (4,6)
Trabajo no remunerado	4 (3,7)	5 (4,6)
Sin trabajo	42 (38,5)	33 (30,3)
Jubilado/pensionista	53 (48,6)	41 (37,6)
Años de duración de la enfermedad, <i>M (SD)</i>	18,81 (11,47)	-
N.º de ingresos hospitalarios, <i>M (SD)</i>	1,91 (1,69)	-
Personas a su cargo, <i>M (SD)</i>	-	1,82 (1,22)
Tiempo de dedicación al cuidado (horas semanales), <i>n (%)</i>^a		
< 1 hora	-	50 (45,9)
Entre 1 y 4	-	46 (42,2)
De 5 a 7	-	12 (11,0)
De 8 a 14	-	1 (0,9)

a. Los tramos son definidos a partir de la escala ECFOS – II, no se incluyen tramos superiores al no existir ningún cuidador en las categorías.

• *M*: media; *SD*: Desviación estándar; *n*: número de sujetos, %: porcentaje respecto al total de cada grupo (109).

El factor I, denominado *sesgo cognitivo social*, incluye los ítems asociados al estilo atribucional (ítem 2), salto a las conclusiones (ítem 3) y rigidez cognitiva (ítem 4 e ítem 5), por lo que se mantiene la misma nominación que en su versión original.

Tabla 2 <i>Situación psicopatológica en el momento de la evaluación. Valores medios (M) y su respectiva desviación estándar (SD) para valores de estado clínico en el momento referidos a impresión clínica, cognición social y neurocognición. Se incluyen valores de la escala OSCARS en el momento de la evaluación y del retest realizado al cuidador 7 a 10 días después.</i>	
Variables clínicas, de cognición social y neurocognitivas	Pacientes N=109
CGI-SCH global, <i>M (SD)</i>	2,97 (1,08)
OSCARS basal, <i>M (SD)</i>	20,83 (9,09)
OSCARS retest, <i>M (SD)</i>	19,75 (7,79)
HT total ^a , <i>M (SD)</i>	7,09 (2,88)
Dominios batería MATRICS^b (percentiles), <i>M (SD)</i>	
<i>Velocidad de procesamiento</i>	10,77 (16,65)
<i>Atención/ vigilancia</i>	15,74 (19,92)
<i>Aprendizaje verbal</i>	8,70 (18,05)
<i>Aprendizaje visual</i>	12,35 (21,39)
<i>Memoria de trabajo</i>	12,11 (16,45)
<i>Razonamiento y resolución de problemas</i>	18,54 (23,45)
<i>Cognición social (MSCEIT)</i>	35,99 (29,37)
<i>Neurocognición global</i>	5,66 (12,42)

a. Tamaño muestral evaluado (N): 107.

b. Tamaño muestral evaluado (N): 108.

• *M*: media; *SD*: Desviación estándar.

• CGI-SCH global: Escala de Impresión Global Clínica en Esquizofrenia; OSCARS: Observable Social Cognition Rating Scale; HT: Hinting Task total; MATRICS: Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia; MSCEIT: Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso.

De igual modo, el factor II incorporaría los ítems que exploran la *teoría de la mente* (6º, 7º y 8º) y la percepción emocional (1º), justificando continuar con la denominación de *habilidad cognitivo social*.

b) Evidencias basadas en la asociación con otras variables: Validez convergente y discriminante

Se presentan en la tabla 4 los valores para la validez convergente de la OSCARS. El coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación total de la OSCARS y la puntuación de la tarea de Hinting (*n* = 107) no fue estadísticamente significativo (*r*: - 0,085; *p* = 0,382). Tampoco se observó relación significativa entre esta última y las puntuaciones

Tabla 3 Evidencias de validez de la estructura interna de la OSCARS: Análisis factorial confirmatorio. Tras la rotación VARI-MAX y transformación ortogonal obtenemos los valores de peso con el que carga (correlaciones de Pearson) cada ítem en los dos factores del modelo.

Ítems de la OSCARS	Factores ^{a,b}	
	I	II
1. Reconocimiento de las emociones de otras personas a partir de expresiones faciales (PE).	0,083	0,730
2. Interpretación de las interacciones sociales (EA).	0,731	0,343
3. Toma de decisiones sin haber analizado otras pruebas (SC).	0,638	0,156
4. Flexibilidad al interpretar situaciones sociales (FC).	0,837	0,053
5. Modificación de la interpretación de interacciones sociales ante un error (FC).	0,702	0,239
6. Comprensión de las bromas, sarcasmo o insultos (TOM).	0,340	0,579
7. Ponerse en el lugar de los demás (TOM).	0,305	0,774
8. Comprensión de las insinuaciones y peticiones indirectas (TOM).	0,126	0,828

^a Las cargas de los componentes > 0.55 se subrayan en *negrita* para facilitar la interpretación de los datos

^b Los nombres de los factores son sesgo cognitivo (I) y habilidad cognitiva social (II)

- PE: Percepción Emocional; EA: Estilo Atribucional; SC: Salto a las Conclusiones; FC: Flexibilidad Cognitiva; TOM: Teoría de la mente.

de cada uno de los dos factores de la OSCARS, aunque el segundo de ellos presentó una correlación negativa muy baja (r: - 0,168; p = 0,084).

La tabla 4 señala, también, como los valores *r* de Pearson entre la puntuación total de la OSCARS (r: 0,015; p = 0,877) o de cada uno de sus factores con la cognición social medida directamente sobre el paciente mediante la MSCEIT (n = 108) tampoco resultaron significativos.

En relación con la asociación de la OSCARS a valoraciones en otras dimensiones neurocognitivas (n = 108), ninguna puntuación del resto de dominios de la batería MATRICS se relacionó significativamente con la puntuación total de la OSCARS ni con sus factores.

Tabla 4 Análisis de la validez basado en la relación con otras variables: evidencia convergente y discriminante. Correlaciones de Pearson (r) y sus respectivos valores de p con evaluaciones de otras variables convergentes como teoría de la mente y cognición social y divergentes con el resto de las dimensiones de la MATRICS.

Instrumentos a correlacionar	OSCARS basal	p – valor
Tarea de Hinting (TOM ^a) ^b	- 0,085	0,382
Dominios de la MATRICS ^c :		
Velocidad de Procesamiento	0,010	0,919
Atención/ vigilancia	- 0,071	0,466
Aprendizaje verbal	0,049	0,612
Aprendizaje visual	- 0,022	0,819
Memoria de trabajo	- 0,001	0,995
Razonamiento y resolución de problemas	- 0,016	0,872
Cognición social (MSCEIT)	0,015	0,877
Neurocognición global	- 0,016	0,868

a Teoría de la mente

b N = 107

c N = 108

Análisis de las evidencias de fiabilidad de la versión adaptada de la OSCARS (n = 109)

El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue 0,82, lo cual se considera suficiente en función de los criterios propuestos por Nunnally³⁶. Desglosado por factores, los valores del coeficiente alfa de Cronbach fueron 0,75 para el factor I y 0,76 para el factor II. Con relación a la fiabilidad test – retest ítem a ítem, el valor medio de los coeficientes kappas de Cohen ponderados fue de 0,43, indicando una fuerza de concordancia moderada. La diferencia de medias entre la puntuación inicial y la puntuación obtenida en el retest fue 1,08 puntos (IC 95 % -0,12 a 2,28), una diferencia no significativa. Las diferencias entre el test y el retest para cada ítem se situó en torno a cero (diferencia máxima 0,21 y mínima 0,05) y tampoco resultaron estadísticamente significativas. Finalmente, en relación con la fiabilidad test – retest de las puntuaciones totales, el valor del Coeficiente de Correlación Intraclase presentó una magnitud muy buena, 0,84 (IC95%: 0,76 – 0,88; p<0,001).

DISCUSIÓN

Los datos presentados en este trabajo apoyan la validez

y fiabilidad de la versión adaptada de la escala OSCARS, con las características y limitaciones identificadas en su versión original, especialmente con relación a la falta de validez convergente con otras herramientas de evaluación de la CS. Sin embargo, la OSCARS resulta un instrumento global y breve para la evaluación de la cognición social desde la perspectiva de los cuidadores.

La estructura factorial de la validación al español de la OSCAR en nuestra muestra revela dos factores, al igual que la versión original y con una interpretación clínica congruente. El factor I, *sesgo de cognición social*, evaluaría indicadores de comportamiento de la CS referidos a impulsividad, hostilidad y rigidez. Por su parte, el factor II o *habilidad de cognición social*, refiere elementos de habilidades perceptivas y razonamiento más próximos, como se indicó antes, al dominio de *teoría de la mente*. Los autores incluyeron el ítem 6, *comprensión de las bromas, sarcasmo o insultos* en el factor II por motivos conceptuales. En nuestro estudio la carga del factor II fue suficiente (0,579) y significativa. Esto refuerza que, a un nivel estructural, el modelo de dos factores y la distribución de los distintos ítems sería el subyacente a la escala.

Al igual que se señalaba en el artículo original, las puntuaciones totales o factoriales de la OSCARS no han mostrado validez convergente con otras medidas en pacientes con esquizofrenia. Nuestro estudio empleó una muestra mayor de usuarios y cuidadores con menor diversidad diagnóstica (solo usuarios con diagnóstico de esquizofrenia), si embargo tampoco encontró correlación con otras medidas de cognición social (MSCEIT¹⁸ o tarea de Hinting²⁶). Los autores señalaron como uno de los motivos la heterogeneidad de los informadores. Si bien en nuestro estudio casi la mitad de los cuidadores eran padres o madres del paciente, la variabilidad en el vínculo relacional también estaba presente. Además, la ligera alteración observada en la CS de estos podrían ser un argumento para la ausencia de resultados convergentes favorables. Del mismo modo, esta limitación podría encontrar explicación en la diferente conceptualización de la CS subyacente a cada instrumento. La tarea de Hinting observa la evaluación exclusiva y operativizada de un único dominio, la Teoría de la Mente. Siendo el factor II de la OSCARS el más próximo a esta dimensión, evalúa de forma conjunta otras capacidades de la CS y referidas al medio relacional habitual del paciente. De hecho, los autores²¹ solo obtuvieron correlaciones entre puntuaciones totales y del factor II de la OSCARS con la AIHQ con un nivel de significación bajo ($p = 0,09$). Aunque el valor clínico es escaso, su inclusión hubiera enriquecido el proceso de validación. Del mismo modo, podría explicarse la falta de convergencia con la MSCEIT, instrumento de evaluación de la dimensión CS en la batería de consenso MATRIC, que parte de una conceptualización diferente y análoga de CS más entendida como inteligencia

emocional. En contraposición, la validez divergente se demostró sin dudas, al igual que la OSCARS en la versión no traducida.

Así mismo, nuestra validación es internamente consistente, el valor del α de Cronbach³⁵ es suficiente considerando el límite de 0,7 según los criterios de Nunnally³⁶. El valor de α obtenido (0,82) fue prácticamente el mismo que en el original (0,80). La concordancia ítem a ítem queda definida como moderada, en función del valor de kappa ponderado medio obtenido (0,43); algo menor al valor de kappa original (0,62). Finalmente, la concordancia entre puntuaciones totales test – retest es elevada. El valor obtenido para el Coeficiente de Correlación Intraclases³⁷ (0,84) nos permite confirmar la estabilidad de las medidas obtenidas a partir de los mismos sujetos en momentos temporales distintos, casi con la misma fiabilidad original (0,86). A pesar de haber empleado un periodo test – retest de la misma duración, se encontraron dificultades logísticas para realizar retest dada la dispersión geográfica de nuestra área sanitaria. Para solventarlas se flexibilizó la estrategia, ampliando el plazo a 10 días y empleando la vía telefónica. Pensamos que, así, los cuidadores han mantenido la impresión global de afectación del paciente, pero tuvieron más dificultades para afinar en la puntuación específica de cada ítem. En una entrevista en persona, la comunicación sería más fluida y se dedicaría un tiempo mayor a afinar la respuesta. Cabe esperar que el entrenamiento y experiencia del clínico en el instrumento y las entrevistas presenciales minimizarían esta dificultad.

Las evidencias señalan la potencialidad clínica de la OSCARS, la CS nos aporta un reflejo más fiel de la funcionalidad³⁹ y de resultados sociales⁶ que las variables neurocognitivas. La evaluación desde un informador – cuidador minimizaría la influencia del *insight*. La CS correlaciona más con la funcionalidad cuando es evaluada a través de un informador⁴⁰. Recientemente, Harvenson y colaboradores han presentado las propiedades psicométricas de la OSCARS autoaplicada y su correlación con la funcionalidad abriendo la puerta a profundizar en este campo⁴¹. Sería interesante, en futuros trabajos, explorar la validez y la fiabilidad de la prueba para medir la cognición social percibida y su correlación con el *insight*, explorando la convergencia con herramientas de evaluación de CS más próximas conceptualmente. Del mismo modo, como en la validación original, sería interesante profundizar en el estudio de las propiedades psicométricas contrastando con una muestra de controles sanos e, incluso, poder observar su capacidad de discriminación clínica.

Este estudio presenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, el estudio se realiza sobre una muestra de pacientes en tratamiento ambulatorio. Esto viene en parte dado

por el instrumento ya que necesita una supervisión cercana por el cuidador, esta forma de medir la CS tiene la exigencia de cierto grado de convivencia. Por otro lado, la aplicación telefónica habría condicionado la fiabilidad test – retest del instrumento observada, probablemente los resultados se optimizarían de realizarse en idénticas condiciones. Así mismo, serían necesarios más estudios con más escalas para evaluar la discriminante y convergente.

CONCLUSIONES

Existe una evidencia creciente sobre la relevancia de la evaluación de la cognición social tanto desde una perspectiva investigadora como clínica. La Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS), del grupo de trabajo coordinado por David L. Penn ²¹, pese a su escasa validez convergente con otras conceptualizaciones de CS aporta una alternativa fiable, breve y a través de un informador de referencia. Con este estudio aportamos resultados que avalan la validación transcultural al español de la escala OSCARS, para pacientes con esquizofrenia.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado a partir del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) tras convocatorias competitivas de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de 2016 (proyecto PS-0037-2016) e Inversión Territorial Integrada de la provincia de Cádiz en 2017 (proyecto PI-0064-2017). La institución promotora ha sido la Fundación Progreso y Salud, en el marco del Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIBICA). Agradecemos a todas estas instituciones y, especialmente, a los participantes su colaboración, imprescindible para el adecuado desarrollo del estudio. La Fundación o el Instituto no han tenido ningún tipo de participación o decisión en la estrategia de publicación.

Anexo A: Versión Adaptada y Traducida de la escala OSCARS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adolphs R. Social cognition and the human brain. *Trends Cogn Sci*. 1999;3(12):469–79.
2. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;72(1):29–39.
3. Gur RC, Gur RE. Social cognition as an RDoC domain. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2016;171(1):132–41.
4. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND Panel. *Schizophr Bull*. 2014;40(4):813–23.
5. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull*. 2006;32(SUPPL.1):44–63.
6. Fett AKJ, Viechtbauer W, Dominguez M de G, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):573–88.
7. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull*. 2011;37(SUPPL. 2):S41–54.
8. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophr Bull*. 2008;34(3):408–11.
9. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(10):620–31.
10. Goldberg TE, Gold JM. Neurocognitive functioning in patients with schizophrenia: an overview. In: Bloom FE, Kupfer DJ, editors. *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. New York, NY, USA: Raven Press; 1995. p. 1245–57.
11. Viviano JD, Buchanan RW, Calarco N, Gold JM, Fousias G, Bhagwat N, et al. Resting-State Connectivity Biomarkers of Cognitive Performance and Social Function in Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorder and Healthy Control Subjects. *Biol Psychiatry*. 2018;84(9):665–74.
12. Kern RS, Nuechterlein KH, Green MF, Baade LE, Fenton WS, Gold JM, et al. The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 2: Co-norming and standardization. *Am J Psychiatry*. 2008;165(2):214–20.
13. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW.

- Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull.* 2013;39(5):979-92.
14. Buck BE, Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Revisiting the validity of measures of social cognitive bias in schizophrenia: Additional results from the Social Cognition Psychometric Evaluation (SCOPE) study. *Br J Clin Psychol.* 2016;55(4):441-54.
 15. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-analysis. *Schizophr Res.* 2009;109(1-3):1-9.
 16. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull.* 2008;34(6):1211-20.
 17. Sanjuán J, Prieto L, Olivares J, Ros S, Montejo A, Ferre F, et al. Escala GEOPTe de cognición social para la psicosis: GEOPTe (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia). *Actas Españolas Psiquiatr.* 2003;31(3):120-8.
 18. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring Emotional Intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion.* 2003;3(1):97-105.
 19. Nuechterlein KH, Green MF, Kern RS, Baade LE, Barch DM, Cohen JD, et al. The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry.* 2008;165(2):203-13.
 20. Keefe RSE, Poe M, Walker TM, Kang JW, Harvey PD. The schizophrenia cognition rating scale: An interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. *Am J Psychiatry.* 2006;163(3):426-32.
 21. Healey K, Combs DR, Gibson CM, Keefe RS., Roberts DL, Penn DL. Observable Social Cognition: A rating Scale (OSCARS) :Interview-Based Assessment for Schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2015;20(3):1-23.
 22. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1992.
 23. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychol Methods.* 1999;4(3):272-99.
 24. Rodriguez-Jimenez R, Bagney A, Garcia-Navarro C, Aparicio AI, Lopez-Anton R, Moreno-Ortega M, et al. The MATRICS consensus Cognitive battery (MCCB): Co-norming and standardization in Spain. *Schizophr Res.* 2012;134(2-3):279-84.
 25. Extremera N, Fernández-berrocal P, Salovey P. Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0 : reliabilities , age and gender differences. *Psicothema.* 2006;18(2001):42-8.
 26. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1995;17(1):5-13.
 27. Gil D, Fernández-Modamio M, Bengochea R, Arrieta M. Adaptación al español de la prueba de teoría de la mente Hinting Task. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(2):79-88.
 28. Gaité L, Ramirez N, Herrera S, Vázquez-Barquero JL. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en Psiquiatría: aspectos metodológicos. *Arch Neurobiol (Madr).* 1997;60(2):91-111.
 29. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003;107(416):16-23.
 30. Martorell A, Pereda A, Salvador-Carulla L, Ochoa S, Ayuso-Mateos JL. Validation of the subjective and objective family burden interview (SOFBI/ECFOS) in primary caregivers to adults with intellectual disabilities living in the community. *J Intellect Disabil Res.* 2007;51(11):892-901.
 31. Kaiser HF. A second generation little jiffy. *Psychometrika.* 1970 Dec;35(4):401-15.
 32. Stevens JP. Applied multivariate statistics for the social sciences.. 5th ed.Stevens JP, editor. Hove, East Sussex: Routledge; 2012
 33. Bartlett MS. Tests of significance in facto analysis. *Br J Stat Psychol.* 1950;3(2):77-85.
 34. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42.

35. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297–334.
36. Nunnally JC. *Psychometric theory*. 2nd ed. Nunnally JC, editor. New York, NY, USA: McGraw-Hill; 1978.
37. Bartko JJ, Carpenter WT. On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis*. 1976;163(5):307–17.
38. Kaiser HF, Caffrey J. Alpha factor analysis. *Psychometrika*. 1965;30:1–14.
39. Weightman MJ, Knight MJ, Baune BT. A systematic review of the impact of social cognitive deficits on psychosocial functioning in major depressive disorder and opportunities for therapeutic intervention. *Psychiatry Res*. 2019;274:195–212.
40. Silberstein JM, Pinkham AE, Penn DL, Harvey PD. Self-assessment of social cognitive ability in schizophrenia : Association with social cognitive test performance , informant assessments of social cognitive ability , and everyday outcomes. *Schizophr Res*. 2018;199:75–82.
41. Halverson TF, Hajdúk M, Pinkham AE, Harvey PD, Jarskog LF, Nye L, et al. Psychometric properties of the Observable Social Cognition Rating Scale (OSCARS): Self-report and informant-rated social cognitive abilities in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2020;286:112891.

ABREVIATURAS

CS Cognición social, USMC Unidad de Salud Mental Comunitaria, UGC Unidad de gestión clínica, AGS Área de Gestión Sanitaria, AFE análisis factorial exploratorio, SD desviación estándar

Anexo

OBSERVABLE SOCIAL COGNITION: A RATING SCALE (OSCARS)

David L. Penn, Ph.D.; Dennis Combs, Ph.D.; David Roberts, M.A.; Steven Silverstein, Ph.D.; and Richard Keefe, Ph.D.

Relación con la persona que puntúa (paciente): _____

Fecha de la entrevista: ___/___/____/

Por favor, evalúe la dificultad del paciente en cada una de las 8 áreas usando la escala proporcionada a continuación. Por favor puntúe la gravedad de sus problemas desde 1 (ninguno) hasta 7 (muy grave). Los números más altos sugieren mayor gravedad.

Evalúe el comportamiento de la persona a lo largo de los últimos 7 días. Considere cualquier interacción que haya tenido con él/ella y la que haya observado que él/ella haya tenido con otras personas.

Para cada pregunta, proporcionamos un ejemplo general sobre el comportamiento en cuestión, la escala de calificación (del 1 al 7), el nivel de gravedad (desde ninguno a muy grave) y las descripciones de los comportamientos que corresponden a cada puntuación. Por favor puntúe todas las preguntas. Indique sus puntuaciones rodeando los números de la escala para cada pregunta. Puede usar cualquier número de la escala.

Nivel de gravedad en la escala de puntuación

1	2	3	4	5	6	7
Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Moderada-mente grave	Grave	Muy grave

¿El sujeto tiene dificultad en las siguientes áreas?

1. ¿Reconoce las emociones de otras personas, particularmente las emociones negativas (tristeza, miedo y enfado) a partir de las expresiones faciales, el lenguaje corporal y/o el tono y el ritmo de la voz?

Ejemplos: Cuando habla con alguien, el sujeto no puede decir si la otra persona está molesta o enfadada. Parece no percibir cómo se sienten otras personas.

1	Ninguno	Puede reconocer expresiones emocionales marcadas, moderadas o sutiles. Se le reconoce como "socialmente perceptiva" (reconoce las claves sociales).	<p>Informante</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	Reconoce fácilmente la expresión de las emociones marcadas y explícitas, tales como llorar, gritos de enfado o la risa eufórica. Puede no reconocer las emociones expresadas de forma moderada. Sin embargo, él/ella no reconoce las expresiones sutiles, tales como una decepción expresada solo mediante una mueca o un leve movimiento bucal.	<p>Entrevistador</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p>
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Reconoce la mayoría de las emociones marcadas y explícitas. No reconoce las expresiones moderadas o sutiles.	
6	Grave		
7	Muy grave	No reconoce o nunca reconoce la expresión de emociones marcadas, moderadas ni sutiles. La otra persona debe indicarle qué emoción está expresando ("Estoy muy enfadado").	

2. ¿Interpreta las interacciones sociales de forma malévola u hostil?

Ejemplo: el sujeto ve a los demás como si intentaran hacerle daño, especialmente en situaciones ambiguas (poco claras). Por ejemplo, él/ella camina entre un grupo de personas que se están riendo y piensa que se ríen de él/ella. O, cuando el sujeto no encuentra un objeto personal piensa que alguien se lo ha quitado. (Si es así, pregunte la frecuencia).

1	Ninguno	El sujeto no culpa inmediatamente a los demás ni piensa que tengan malas intenciones. Él/ella considerará la posibilidad de que otros factores, como los relacionados con el contexto, podrían haber causado el resultado (por ejemplo, que los demás se estén riendo de una broma y no de él/ella).	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve	A veces siente que otros intentan hacerle daño de forma fugaz o efímera.	
3	Leve		
4	Moderado	Frecuentemente interpreta el comportamiento de los demás de forma malintencionada. Puede que a veces acuse a sus amistades/personas más cercanas de actuar de forma malintencionada.	
5	Moderadamente grave		
6	Grave		
7	Muy grave	De forma generalizada, piensa que los demás actúan con mala intención, lo cual incluye tanto a sus amistades/personas más cercanas como a los extraños. La mayoría de las veces estas creencias son infundadas.	

3. ¿Toma decisiones rápidamente (p.e, se precipita al llegar a una conclusión) sin haber analizado otras pruebas?

Ejemplo: El sujeto intenta llamarle y usted no contesta. Inmediatamente, él/ella cree que no contesta porque está enfadado con él/ella. (Si es así, pregunte por la frecuencia).

1	Ninguno	No toma decisiones a la ligera; es reflexivo y prudente. La persona contrasta la información y se toma su tiempo para sopesar cuidadosamente los pros y contras antes de tomar una decisión.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve	A veces toma decisiones usando únicamente la información más inmediata. Algunas veces, si el sujeto está motivado, puede decidir utilizando información adicional, sopesando los pros y los contras.	
3	Leve		
4	Moderado	A menudo toma decisiones usando únicamente la información más inmediata. Es necesario sugerirle al sujeto que tenga en cuenta otras fuentes de información y se tome su tiempo para decidir.	
5	Moderadamente grave		
6	Grave		
7	Muy grave	Con frecuencia solamente usa la información más inmediata para tomar decisiones. El sujeto no contrasta información adicional y parece que juzga casi sin pensarlo. Se muestra irracional.	

4. ¿Es flexible al interpretar las situaciones sociales?

Ejemplo: El sujeto está esperando a alguien en un restaurante y este llega 20 minutos tarde. El sujeto concluye que la persona no quiere quedar con él cuando en realidad podría estar en un atasco o haber tenido un pinchazo de neumático. Él/ella no considera otras alternativas que hayan causado que la persona llegue tarde y se aferra a una única opinión.

1	Ninguno	Cuando considera el comportamiento de otros, él/ella puede plantear múltiples razones por las cuales ellos han actuado del modo en que lo hicieron.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	Tiene problemas a la hora de hacer conjeturas /suposiciones, pero puede hacerlas si le dan otro punto de vista.	
4	Moderado	Tiene problemas para pensar en múltiples explicaciones posibles para entender el comportamiento social de los demás. Tiene que ser incitado para que considere diferentes conjeturas /suposiciones sobre el comportamiento de otras personas.	
5	Moderadamente grave		
6	Grave		
7	Muy grave	No comprende que sea posible más de una interpretación sobre una situación y es incapaz de considerar otras conjeturas/suposiciones.	

5. ¿Puede cambiar o corregir su interpretación de interacciones sociales cuando se equivoca?

Ejemplo: El sujeto ve a dos personas susurrando y piensa que están hablando sobre él/ella. Esta creencia se mantiene incluso cuando le dicen que una de estas personas está hablando sobre situaciones personales que no tienen que ver con el sujeto.

1	Ninguno	Es capaz de buscar y sopesar pruebas a favor y en contra de una creencia dada sobre otra persona.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	El sujeto considerará pruebas que contradigan las posibles malinterpretaciones que él o ella haya hecho, aunque, en cualquier caso, puede mantener la creencia errónea.	
4	Moderado	A menudo, el sujeto evita considerar hechos que contradigan su punto de vista, o puede argumentar fuertemente en contra de ellos, en general manteniendo la creencia equivocada.	
5	Moderadamente grave		
6	Grave		
7	Muy grave	El sujeto rechaza considerar pruebas contradictorias. Es imposible hacerle cambiar de idea, incluso cuando esta es claramente errónea.	

6. En una conversación, ¿entiende las bromas sutiles, el sarcasmo o los insultos?

Ejemplo: Alguien dice durante una comida, en tono sarcástico, que es la mejor que ha probado nunca pero el sujeto no se da cuenta de que se trata de un insulto y/o sarcasmo.

1	Ninguno	El sujeto capta las bromas sutiles, los insultos o los sarcasmos.	Informante 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	A veces el sujeto no capta las bromas sutiles o los insultos hechos por otros (por ejemplo, "¡Oh sí, me <i>encanta</i> trabajar 15 horas al día!"). Parece que le cuesta captar el significado de las bromas y el sarcasmo.	Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	A menudo el sujeto no entiende las bromas sutiles, sarcasmo o los insultos y se los tienen que explicar.	
6	Grave		
7	Muy grave	El sujeto no capta las sutilezas en absoluto. Las conversaciones deben ser concretas y directas para que pueda comprenderlas (por ejemplo, payasadas).	

7. ¿Ve las cosas desde el punto de vista de los demás? (p.e. ponerse en la piel del otro).

Ejemplo: el sujeto no puede entender por qué alguien se siente molesto o enfadado en una situación concreta. O, cuando está viendo una película triste, no se siente conmovido.

1	Ninguno	Al sujeto se le puede describir como empático. Cuando está viendo una película triste o alegre (o leyendo un libro triste o alegre) puede conmovirse.	Informante 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	Rara vez indaga o se pregunta sobre los sentimientos o el estado mental de los demás (por ejemplo, "¿Te gusta eso?" o "¿Estás confundido?"), pero entiende cuando la gente lo expresa claramente.	Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Solamente reacciona empáticamente con los demás cuando expresan fuertes emociones. No pregunta ni responde a las opiniones o experiencias ajenas. Cuando pregunta, puede tener dificultad al imaginar lo que los demás podrían estar pensando.	
6	Grave		
7	Muy grave	Es incapaz de juzgar adecuadamente lo que los demás podrían estar pensando o sintiendo, excepto en las circunstancias más extremas (sentir tristeza tras la muerte de un ser querido).	

8. Comprende las señales sociales sutiles, insinuaciones y peticiones indirectas (un ejemplo de una petición indirecta sería cuando un hijo/hija quiere un juguete, pero en vez de decirlo directamente, comenta lo bonito que es).

Ejemplo: estás intentando leer un libro o ver la televisión y el sujeto sigue hablándote, incluso cuando tú das señales sutiles e insinuaciones de que la conversación no te interesa en esos momentos (por ejemplo, utilizas respuestas cortas; no mantienes el contacto ocular).

1	Ninguno	El sujeto capta fácilmente las señales sociales y/o las peticiones indirectas. Por ejemplo, si estás ocupado y él empieza a hablarte, percibe fácilmente que tú no puedes hablarle en ese momento.	Informante 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	El sujeto no capta las señales sociales al principio, pero lo hace tras uno o dos minutos. Le lleva más tiempo captar los consejos y las señales sutiles.	Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	El sujeto no capta las señales sociales y necesita un número de pistas explícitas (que uno se gire cuando habla) para que entienda el mensaje.	
6	Grave		
7	Muy grave	El sujeto no capta las señales sociales y se le deben hacer explícitas directamente. O el sujeto no entiende las insinuaciones sutiles o las peticiones indirectas.	

OSCARS Spanish versión:

Ángela López Martín

José Pérez-Revuelta M.D., Ph.D.

Edgar García-Spínola

Rocío Torrecilla-Olavarrieta M.D., Ph.D.

Ana Pérez Morenilla M.D.

Anais López García M.D.

José Mª Mongil-SanJuan M.D.

Carmen Rodríguez-Gómez M.D.

Juan M Pascual Paño M.D.

Prof. José M. Villagrán-Moreno, M.D., Ph.D.

Prof. Francisco M. González-Saiz, M.D., Ph.D.

Mental Health Unit.

Hospital de Jerez, Cádiz, EU.

Psychiatric Area. Department of Neurosciences.

University of Cádiz