

R. Mendoza Quiñones¹
M. Martín Reyes¹
T. Díaz de Villalvilla¹
T. M. Bravo¹
A. Caballero Moreno²
P. Lomba³
A. Padrón Fernández⁴

Escala de evaluación de las anomalías perceptuales. Validación de la escala SIAPA al español en una muestra de pacientes esquizofrénicos cubanos

¹ Centro de Neurociencias de Cuba
² Hospital Nacional
³ Centro de Salud Mental de Guanabacoa
⁴ Hospital Camilo Cienfuegos Sancti Spiritus
Cuba

Introducción. Las alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones en los pacientes esquizofrénicos han sido poco estudiadas. En este trabajo se presentan los resultados de la versión al español de la escala SIAPA para detectar anomalías perceptuales-atencionales a estímulos reales diferentes de las alucinaciones en una muestra de pacientes esquizofrénicos en un estudio comunitario en Cuba.

Métodos. Se estudiaron 329 sujetos: 129 esquizofrénicos y 200 controles. Para el diagnóstico se usaron los criterios diagnósticos del DSM IV. Para el estudio se aplicó la escala SIAPA y la escala PANSS. Se determinó el coeficiente alpha de Cronbach para analizar la consistencia interna. Se determinó la fiabilidad, la validez de criterio concurrente y la validez estructural. La comparación entre los grupos se realizó con el test de análisis de varianza ANOVA.

Resultados. Los pacientes presentaron más alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones que los sujetos normales, principalmente en las modalidades auditivas y visuales. La consistencia interna fue de 0,84. Se obtuvo una sensibilidad del 56% y una especificidad del 79%. Se obtuvieron índices de fiabilidad (Kappa) adecuados (0,72-0,85) en las diferentes subescalas del SIAPA.

Conclusiones. En este estudio se obtuvieron valores de confiabilidad y validez de la escala similares a los obtenidos con la versión inglesa. Esta escala permite diferenciar la presencia de alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones en pacientes esquizofrénicos en comparación con la población general. Esta escala puede ser utilizada en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la evaluación de alteraciones perceptuales-atencionales.

Palabras clave:

Síntomas negativos y positivos. Anomalías perceptuales. Esquizofrenia. Escala SIAPA.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(1):15-19

Correspondencia:

Migdyrai Martín Reyes
Centro de Neurociencias de Cuba. CNC
Centro Nacional de Investigaciones Científicas. CNIC
Av. 25, esquina 158. Cubanacán. Playa
11400 Ciudad Habana. Cuba
Correo electrónico: migdyrai@yahoo.com

Scale for assessing perceptual anomalies. Validation of a Spanish version of the SIAPA scale in a sample of Cuban schizophrenic patients

Introduction. Perceptual-attentional disorders other than hallucinations in schizophrenic patients have been studied little. In this work, the results of the Spanish version of the SIAPA scale to detect perceptual-attentional anomalies to real stimuli other than hallucinations in a sample of schizophrenic patients in a community study in Cuba are presented.

Methods. 329 subjects were studied: 129 schizophrenic patients and 200 controls. Patients were diagnosed by psychiatrists according to DSM-IV criteria. The SIAPA and PANSS scales were used for the study. Cronbach's alpha coefficient was determined to analyze internal consistency. Reliability, validity of current criterion and structural validity were measured. Comparisons between groups were made using the ANOVA.

Results. Schizophrenic patients had more perceptual anomalies than healthy controls. Auditory and visual perceptual anomalies were more frequent. The scale showed high internal consistency (Cronbach's alpha: 0.84). Using a PANSS scale cut-off score of 60, validity had a sensitivity of 56% and specificity of 79%. All modalities of SIAPA scales showed good kappa coefficients (0.72-0.85).

Conclusions. This scale showed similar internal validity and test-retest reliability to those reported in the English version. The results showed that this scale can differentiate the presence of perceptual anomalies in schizophrenic patients from healthy controls. Therefore, we suggest that the SIAPA scale may be useful for assessing perceptual anomalies in clinical researching for cognitive impairment evaluations.

Key words:

Positive and negative symptoms. Schizophrenia. Perceptual anomalies. SIAPA scale.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta al 1% de la población mundial. Esta patología ocasiona gran

discapacidad al paciente, la familia y la sociedad; se inicia generalmente en la adolescencia o adultez temprana con tendencia a evolucionar hacia la cronicidad. Es por eso que es considerada como un problema de salud¹. Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar síntomas propios de la psicosis que son los que se tienen en cuenta en los criterios diagnósticos de las clasificaciones actuales^{2,3}. Sin embargo, también presentan trastornos en la cognición dentro de los cuales podemos incluir las anomalías perceptuales-atencionales a estímulos reales y alteraciones en el filtraje sensorial^{4,5}. Desde los trabajos iniciales de McGhie y Chapman^{6,7} se ha descrito la presencia de anomalías perceptuales-atencionales diferentes a las alucinaciones en los pacientes esquizofrénicos. Se han referido síntomas que van desde dificultad en la concentración, aumento en la conciencia de los ruidos de fondo e intensidad de la luz y los colores, hasta estados de hiperalerta y pobre atención selectiva a los estímulos reales⁸. No obstante, estas alteraciones clínicas no forman parte de los criterios diagnósticos para la enfermedad, ya que, como comentamos anteriormente, el énfasis fundamental se concentra en los síntomas de la psicosis^{2,3}. Debido a esto y a las limitaciones en la metodología para el abordaje de las anomalías perceptuales-atencionales a los estímulos reales éstas han sido poco estudiadas.

No ocurre lo mismo con las alucinaciones; éstas son los síntomas más característicos de los pacientes esquizofrénicos y su presencia forma parte de los criterios diagnósticos actuales. Por tanto, las alucinaciones han sido más estudiadas que las anomalías perceptuales a los estímulos reales. Se han diseñado instrumentos que tienen como objetivo evaluar las alucinaciones o las creencias que tienen los pacientes acerca de las mismas. Algunas de estas escalas han sido validadas al español; ejemplo de ello es la escala PSYRATS (*Psychotic Symptom Rating Scale*), que evalúa las alucinaciones auditivas y mostró excelentes cualidades psicométricas en el estudio de Gonzáles et al.⁹. Se ha realizado otro trabajo de traducción al español del cuestionario de creencias acerca de las voces BAVQ (*The Revised Beliefs About Voices Questionnaire*), en una muestra de pacientes mexicanos, demostrando ser un instrumento válido y fiable para población hispana¹⁰.

Algunos autores proponen que las alucinaciones deben concebirse como un continuo funcional que va de la conducta normal a la francamente psicótica⁹. A pesar de esto existen pocos instrumentos que evalúen las anomalías perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones.

Desde los trabajos iniciales de McGhie y Chapman, se plantea que los trastornos de la atención y la percepción a los estímulos sensoriales son secundarios a la pérdida de la capacidad para filtrar los estímulos sensoriales y que estas alteraciones pudieran contribuir al estado psicótico^{11,12}.

Con el objetivo de contar con un instrumento que pudiera estudiar las anomalías perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones, sintomatología clínica descrita

por Chapman et al.¹¹ y poder además relacionar de alguna manera estas anomalías con los hallazgos psicofisiológicos que refieren dificultades en el filtraje sensorial de los pacientes, Bunney et al. en 1999 elaboraron la escala SIAPA (*Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies*)⁸.

Con esta escala es posible explorar: a) hipersensibilidad a los estímulos reales externos; b) sensación de inundación ante los estímulos reales, y c) dificultad para la atención selectiva a estímulos externos «reales». En su trabajo encontraron que los pacientes esquizofrénicos tenían más alteraciones perceptuales fundamentalmente de tipo auditivo y visual que los sujetos normales⁸.

En la actualidad no se cuenta con una batería similar en idioma español que sea capaz de medir las alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones. El propósito de nuestro trabajo es traducir al español y determinar las propiedades psicométricas de la escala SIAPA en una muestra de pacientes esquizofrénicos cubanos.

MÉTODOS

Muestra

Se estudiaron 329 sujetos: 129 eran pacientes esquizofrénicos ambulatorios en dos comunidades cubanas. Los pacientes fueron entrevistados utilizando el Sistema SCAN¹³ (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) y para el diagnóstico se usaron los criterios del DSM-IV¹⁴. Fueron estudiados 200 sujetos normales sin antecedentes personales ni familiares de enfermedades psiquiátricas y se incluyeron como controles (tabla 1). Todos aceptaron y firmaron los términos del consentimiento para realizar el estudio.

Se diseñó una versión en idioma español de la escala SIAPA para la exploración de las anomalías perceptuales-atencionales. Se llevó a cabo la traducción al español y retrotraducción al inglés por dos traductores bilingües independientes familiarizados con la temática de la escala; uno de los traductores es especialista en neurofisiología y el otro psiquiatra. Además, la traducción fue sometida a discusión entre el grupo de psiquiatras que participaron en el estudio para cuidar la objetividad y la claridad de la escala en el español que se habla en Cuba.

La escala consta de 15 ítems, que se agrupan en cinco subescalas o modalidades sensoriales (auditiva, visual, táctil, olfatoria y gustativa); cada modalidad consta de tres incisos que exploran los fenómenos de: a) hipersensibilidad a los estímulos reales; b) sensación de inundación a los estímulos, y c) percepción selectiva a los estímulos reales⁸.

Cada ítem se califica según una escala de tipo Likert de cinco valores que hacen referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas (1: nunca o ausencia del síntoma; 2: a veces; 3: la mitad del tiempo; 4: con frecuencia, y 5:

Tabla 1	Características generales de la muestra	
	Pacientes	Controles
N	129	200
Edad	38,69 (\pm 12,19)	49,56 (\pm 16,68)
Sexo (masculino)	80%	41%
Raza (n)		
Blanca	114 (88,37%)	140 (70,00%)
Negra	9 (6,97%)	35 (17,50%)
Mestiza	6 (4,65%)	25 (12,50%)
Escolaridad		
Nivel primaria	32 (24,80%)	33 (16,00%)
Nivel secundaria	35 (27,13%)	67 (33,50%)
Nivel preuniversitario	52 (40,30%)	83 (41,50%)
Nivel universitario	10 (7,75%)	17 (9,00%)
Diagnóstico		
Esquizofrenia paranoide	110 (85,27%)	
Esquizofrenia no paranoide	19 (13,73%)	
Edad de inicio	21,65 (\pm 5,9)	
Tiempo de evolución	17,37 (\pm 12,6)	

siempre); la puntuación de cada una de las modalidades se obtiene sumando las puntuaciones de los tres incisos. Para cada modalidad sensorial la puntuación oscila entre 3 y 15. El marco de referencia temporal es una semana previa a la entrevista.

Para la evaluación no se asignó puntuación a las experiencias perceptuales normales y cotidianas que pudieran resultar desagradables o molestas a la gran mayoría de las personas. No se tuvieron en cuenta las experiencias de alucinación, ni los delirios en los pacientes en crisis psicóticas y se delimitó la gravedad (síntomas patológicos) en función del grado de interferencia con las funciones mentales, el rendimiento social y ocupacional. La escala fue aplicada por cinco psiquiatras previamente entrenados utilizando la técnica de entrevista estructurada. El tiempo aproximado de administración fue de 25 min.

Para la evaluación de la psicopatología se utilizó la Escala para Síndromes Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) en la versión española¹⁵. Se evaluó el síndrome esquizofrénico desde la perspectiva dimensional, que mide la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general. Consta de una subescala positiva y una negativa que incluyen 7 ítems cada una y una tercera subescala de psicopatología general de 16 ítems. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad que se extiende desde 1 (ausencia del síntoma) hasta 7 (gravedad extrema del síntoma). La escala también fue aplicada a los sujetos normales escogidos como controles para la comparación con los enfermos.

Análisis estadístico

Para la comparación global de los resultados de la escala SIAPA se utilizó el test de análisis de varianza (ANOVA). Se tomó como variable dependiente la suma de los tres incisos que exploran hipersensibilidad, inundación y atención selectiva a los estímulos reales en cada una de las modalidades sensoriales. Para comparar los grupos divididos en pacientes y controles se utilizó el test Tukey del ANOVA. Las pruebas se calcularon para un índice de significación del 95%.

Para el análisis de la validez de criterio concurrente se tomó como predictor la presencia o no de anomalías perceptuales (punto de corte mayor que 15 en la puntuación total de la escala) y como criterio la presencia o no de alteraciones en la PANSS (punto de corte 60 en la suma total de las tres subescalas). Se evaluó el coeficiente de correlación de Pearson y se calculó la sensibilidad y especificidad de la escala SIAPA. La validez estructural de la escala se determinó mediante un análisis factorial para conocer cómo se distribuyen los ítems de la escala en componentes o factores de análisis.

La consistencia interna del instrumento se evaluó mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach.

Para determinar la fiabilidad se tomó una muestra de 60 pacientes del entorno del estudio. Fueron evaluados por tres examinadores utilizando las modalidades entrevistador/evaluador en 30 pacientes y la modalidad «test/retest» para el resto de la submuestra. El análisis de la fiabilidad se realizó calculando la concordancia entre entrevistadores a través del estadígrafo de concordancia kappa.

RESULTADOS

Para determinar la validez de constructo de los grupos conocidos se compararon los promedios de las puntuaciones globales de las anomalías perceptuales-atencionales entre los dos grupos en cada una de las modalidades sensoriales. (tabla 2). Los pacientes se diferenciaron significativamente de los sujetos normales. Estas diferencias fueron mayores en las modalidades auditivas y visuales que en las otras modalidades. En el trabajo de Bunney et al. informaron igualmente que las mayores diferencias entre los pacientes y el grupo control se encontraron en las modalidades auditivas y visuales.

En la figura 1 se muestra cómo los pacientes presentaron más anomalías perceptuales-atencionales auditivas y visuales que los controles (auditiva: $p < 0,0001$; visual: $p < 0,0001$).

En el análisis de la validez de criterio encontramos que sólo la subescala auditiva se correlacionó débilmente con la intensidad de los síntomas negativos medidos con la PANSS ($r = 0,15$; $p = 0,041$). En la actualidad hay múltiples trabajos

Modalidad	Pacientes		Controles		F	p
	Media	DE	Media	DE		
Auditiva	5,68	3,18	3,07	0,33	133	>0,0001
Visual	3,82	2,08	3,02	0,17	30	>0,0001
Olfativa	3,39	1,38	3,03	0,26	7	0,01
Táctil	3,15	0,72	3,02	0,14	13	0,02
Gustativa	3,08	0,59	3,0	0,0	4	0,0

que tratan de correlacionar la presencia de alteraciones en la cognición de los pacientes con la presencia de síntomas positivos y negativos medidos con la PANSS^{16,17}. La presencia de síntomas negativos está asociada a una disminución de la actividad frontal e hipodopaminérgica en la corteza prefrontal y ha mostrado una correlación significativa con una peor adaptación premórbida y más alteraciones en la cognición de estos pacientes¹⁶.

Se obtuvo una sensibilidad del 56% y una especificidad del 79% para la escala SIAPA. El análisis factorial realizado por el método de componentes principales con rotación varimax para dos factores mostró que los ítems que respondían a las modalidades auditivas y visuales estaban asociados a un factor distinto de los ítems correspondientes a las modalidades táctil, olfativa y gustativa. Estos factores explican el 56% de la varianza. En la figura 2 se muestra un análisis factorial con variables de la escala SIAPA y la PANSS y encontramos que los síntomas positivos y negativos respondían a factores diferentes a las variables perceptuales-atencionales

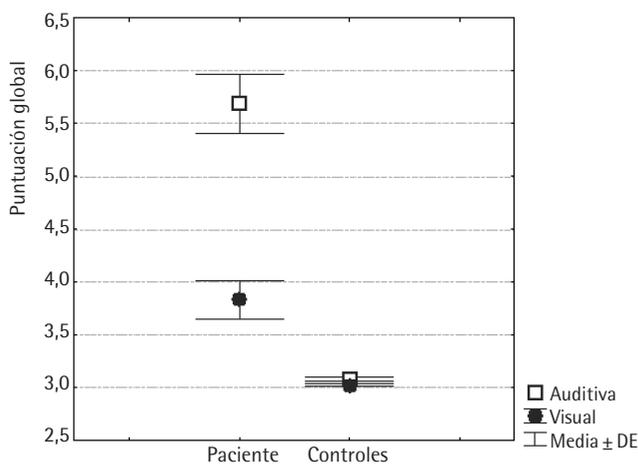


Figura 1 | Puntuaciones globales de las anomalías perceptuales auditivas y visuales.

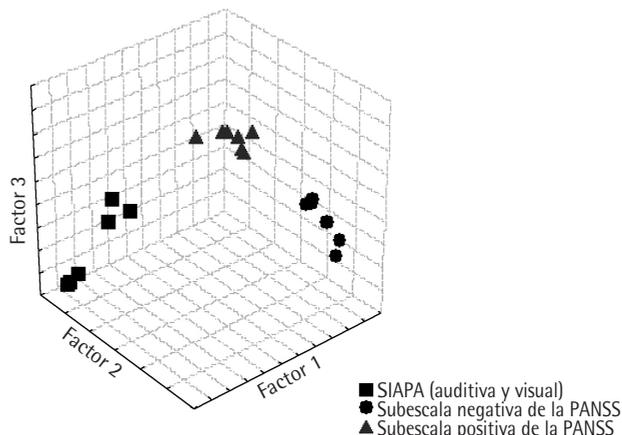


Figura 2 | Análisis factorial con las variables auditiva y visual de la escala SIAPA y la negativa y positiva de la PANSS.

auditivas y visuales, lo que nos sugiere la idea de que ambas escalas responden a bases neurobiológicas diferentes.

La concordancia calculada entre entrevistadores mostró una alta fiabilidad entre los examinadores en las dos modalidades de evaluación. En la modalidad entrevistador/evaluador el índice kappa para el total de las diferentes subescalas fue de 0,85 para la subescala auditiva, de 0,82 para la visual, de 0,76 para la táctil y de 0,80 para la olfativa y gustativa. En la modalidad test/retest el índice kappa para el total de las diferentes subescalas fue de 0,72 para la subescala auditiva, de 0,70 para la visual, de 0,76 para la táctil y de 0,80 para la olfativa y gustativa, mostrando una estabilidad temporal aceptable. Como es esperado en la modalidad entrevistador/evaluador la mayoría de los índices kappa fueron superiores. Estos índices son adecuados comparados con los resultados de la versión inglesa⁸.

El coeficiente de fiabilidad interna de Cronbach global para la escala SIAPA fue de 0,84. La escala en la versión inglesa tuvo un coeficiente global de 0,80. En la tabla 3 se muestran los coeficientes para cada una de las modalidades. Destaca que al quitar la influencia de los coeficientes que corresponden a las modalidades olfativas, táctil y gustativa el coeficiente global aumenta; esto indica que los datos más fiables se recogen para las modalidades auditivas y visuales.

CONCLUSIONES

La validación de la escala SIAPA al idioma español muestra índices de validez similares a los resultados obtenidos en la versión inglesa. Esta escala mide muy bien la presencia de anomalías perceptuales-atencionales en las modalidades auditiva y visual; los resultados de las puntuaciones recogidos para las modalidades táctil, olfatoria y gustativa son

Tabla 3		
Coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, en cada una de las modalidades sensoriales		
Modalidad sensorial	Coeficiente de Cronbach	Coeficiente de Cronbach corregido*
Auditiva	0,731410	0,845422
Visual	0,614421	0,823038
Táctil	0,319934	0,836817
Olfativa	0,487412	0,830690
Gustativa	0,487412	0,839472

* Coeficiente que resulta después de eliminar la variable en cuestión.

discretos, por lo que se requiere un análisis más detallado para medir anomalías perceptuales-atencionales en estas áreas.

Los índices de fiabilidad de la escala son altos y avalan esta escala para las mediciones de las alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones.

La posibilidad de esta escala de discriminar bien entre los grupos de pacientes esquizofrénicos con respecto a la población general nos permite utilizarla como un instrumento factible para medir las alteraciones perceptuales-atencionales diferentes de las alucinaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Hales RE. Tratado de psiquiatría. DSM-IV. The American Psychiatric Press, 2000.
- Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV. Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1041-50.
- Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:969-73.
- Freedman R, Adler LE, Gerhardt GA, Waldo M, Baker N, Rose GM, et al. Neurobiological studies of sensory gating in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:669-78.
- Geyer MA, Swerdlow NR, Mansbach RS, Braff DL. Startle response models of sensorimotor gating and habituation deficits in schizophrenia. *Brain Res Bull* 1990;25:485-98.
- McGhie A, Chapman J. Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *Br J Med Psychol* 1961;34:103-16.
- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Alteraciones cognitivas: una realidad en el trastorno esquizofrénico. *An Psiquiatr* 1998;14:11-25.
- Bunney WE, Hetrick WP, Bunney GB, Patterson JV, Jin Y, Potkin SG, et al. Structured interview for assessing perceptual anomalies. *Schizophr Bull* 1999;25:577-92.
- González JC, Sanjuán J, Cañete C, Echánove MJ, Leal C. La evaluación de las alucinaciones auditivas: la escala PSYRATS. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:10-7.
- Robles-García R, Páez Agraz F, Zúñiga Partida O, Rizo Méndez A, Hernández Villanueva E. Estudio de traducción al español y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias acerca de las voces (BAVQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:358-62.
- Venables PH. Selectivity of attention in schizophrenia. En: Mather BBA, editor. *Progress in experimental personality research*. New York: Academy Press, 1964; p. 1-47.
- Light GA and Braff DL. Do Self-Reports of Perceptual Anomalies reflect gating deficit in schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2000;47:463-7.
- Vázquez-Barquero JL, et al. Report on the Spanish Translation of the SCAN, Schedules and Glossary. Informe a la Organización Mundial de la Salud. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria. Santander, 1992.
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- Kay S. Positive and Negative Syndromes Scale. Spanish adaptation. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:510-7.
- Rector N, Beck AT, Stolar N. The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Can J Psychiatry* 2005;50:247-57.
- Harvey Ph, Koren D, Reichenberg A, Bowie Chr. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.