

J. Alonso<sup>1,2</sup>  
J. M. Olivares<sup>3</sup>  
A. Ciudad<sup>4</sup>  
J. M. Manresa<sup>1,5</sup>  
A. Casado<sup>5</sup>  
I. Gilaberte<sup>4</sup>

# Desarrollo y validación de la versión corta de la Escala de Funcionamiento Social en esquizofrenia para su uso en la práctica clínica

<sup>1</sup> Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris  
Institut Municipal d'Investigació Mèdica  
IMIM-Hospital del Mar  
Barcelona

<sup>2</sup> Universitat Pompeu Fabra  
Barcelona  
<sup>3</sup> Servicio de Psiquiatría  
Hospital Meixoeiro  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

<sup>4</sup> Lilly Research Laboratories  
Alcobendas (Madrid)  
<sup>5</sup> 3D Health Research  
Barcelona

---

**Introducción.** La *Social Functioning Scale* (SFS) fue diseñada para evaluar el funcionamiento social de pacientes esquizofrénicos. Su longitud puede ser una dificultad para su uso clínico. El objetivo del trabajo fue desarrollar y validar una versión corta de la escala SFS.

**Métodos.** Se analizaron los datos de 445 pacientes con esquizofrenia que provenían de dos estudios, un ensayo clínico ( $n = 250$ ) y un estudio observacional ( $n = 195$ ). Las dos muestras se combinaron para dividir las posteriormente en dos submuestras aleatorizadas. La primera ( $n = 223$ ) fue analizada para reducir los ítems utilizando criterios psicométricos clásicos, modernos (teoría de respuesta al ítem) y clinimétricos. La versión corta obtenida fue validada en la segunda submuestra ( $n = 222$ ), estimando su asociación con la Escala Visual Analógica (EVA EQ-5D) y con la Impresión Clínica Global (ICG) y comparándola con la asociación de la versión larga.

**Resultados.** Los 78 ítems originales se redujeron inicialmente a 19 y a 13 (criterios psicométricos clásicos y modernos, respectivamente) y finalmente a 15, al añadir 2 ítems relacionados con la «capacidad de empleo» (criterio clinimétrico). La versión corta de la SFS no contiene subdimensiones. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,76. La correlación de la versión corta con la EVA-EQ y la ICG resultó semejante o superior (0,46 y -0,42, respectivamente) a la de la versión original larga. El área bajo la curva ROC (AUC) mostró una capacidad discriminativa prácticamente idéntica para ambas versiones de la SFS (AUC: 0,74 para la original y 0,73 para la corta) respecto a la escala ICG.

**Conclusiones.** La versión corta de la SFS es fiable y válida, por lo que podría ser útil para la práctica clínica habitual.

**Palabras clave:**

Escala de Funcionamiento Social. Esquizofrenia. Cuestionarios.

*Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):102-110

## Development and validation of the Social Functioning Scale, short version, in schizophrenia for its use in the clinical practice

**Introduction.** The Social Functioning Scale (SFS) was designed to evaluate social functioning essential to schizophrenic patients. Its length may be difficult to use in clinical practice. The objective of this study was to develop and validate a short version of the SFS.

**Methods.** Data from 445 patients with schizophrenia who came from two separate studies, one longitudinal ( $n = 250$ ) and one cross-sectional ( $n = 195$ ), were used to produce and validate the short form of the SFS. The two samples were combined and then randomly split into two subsamples. In the first subsample ( $n = 223$ ), items were eliminated using classical, modern (item response theory) psychometric criteria, as well as clinimetric criteria. The short version was independently validated using data from the other subsample ( $n = 222$ ), by comparing the level of association (correlation and Area Under the ROC Curve [AUC]) with the EQ-5D VAS and the Clinical Global Impression (CGI), with the original scale.

**Results.** The original 78 items were reduced initially to 19 and 13 items (respectively using classic and modern psychometric criteria) and then to 15, since 2 items related with the employment capacity were added for clinimetric criteria. The short form of the SFS had a Cronbach's alpha of 0.76. Spearman correlation coefficients with the EQ-5D VAS and with the CGI score (0.46 and 0.42, respectively) were similar or even higher for the short version than for the original version. The AUC of the SFS and the dichotomous CGI were practically the same for both the original (AUC: 0.74) and the short (AUC: 0.73) versions.

**Conclusions.** The short version of the SFS proved to be reliable and valid. It could be adequate for use in clinical practice.

**Key words:**

Social Functioning Scale. Schizophrenia. Questionnaires.

---

**Correspondencia:**

Jordi Alonso  
IMIM-Hospital del Mar  
Edificio PRBB  
Dr. Aiguader, 88  
08003 Barcelona  
Correo electrónico: jalonso@imim.es

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia produce limitaciones psicosociales muy importantes<sup>1</sup>. Desde que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos empezaron a tratarse en la comunidad en vez de mediante la hospitalización a largo plazo, la función social se ha considerado una medida de resultados cada vez más importante en la investigación y la práctica clínica con estos pacientes<sup>2</sup>. Existen diversas escalas para medir de forma estandarizada el funcionamiento social, las competencias sociales o el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos<sup>3-5</sup>. Se utilizan tanto para evaluar el nivel de funcionamiento social de un paciente o un grupo de pacientes en un momento dado como para monitorizar la evolución de esos pacientes a lo largo del tiempo con o sin intervención. Sin embargo, su uso se limita a la investigación y su aplicación en la práctica clínica diaria es poco frecuente<sup>6</sup>. Ello es debido, entre otros motivos, a la falta de conocimiento de los instrumentos disponibles, la falta de tiempo y de recursos para administrar las escalas, las dificultades para obtener una puntuación final y de interpretar de una manera operativa la puntuación<sup>7</sup>.

La *Social Functioning Scale* (SFS) fue diseñada con el fin de poder evaluar aquellas áreas de funcionamiento social que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de sujetos esquizofrénicos<sup>9</sup>. La SFS se completa a través de una entrevista médica y las áreas incluidas en la escala son: aislamiento, conducta interpersonal, actividades prosociales, tiempo libre, independencia-competencia, independencia-ejecución y empleo-ocupación<sup>2</sup>. La versión española de la SFS (Escala de Funcionamiento Social) desarrollada por Torres y Olivares ha mostrado ser un instrumento fiable, válido y sensible<sup>10</sup>. En su versión original contiene un total de 78 ítems, lo cual hace poco viable su administración de forma rutinaria en la práctica clínica habitual. Una versión más corta del cuestionario podría ser, sin embargo, una herramienta muy útil para la evaluación y seguimiento del funcionamiento social de pacientes esquizofrénicos en la práctica clínica. Existen diversos métodos para la reducción de ítems, siendo los más importantes: el enfoque basado en criterios clínicos (enfoque clínico-métrico)<sup>11</sup> y el enfoque psicométrico clásico<sup>12,13</sup>, que recientemente ha sido ampliado a partir de la teoría de respuesta al ítem (enfoque psicométrico moderno)<sup>14</sup>.

En este estudio se ha desarrollado una versión corta de la SFS para que fuese aplicable en la práctica clínica habitual al paciente con esquizofrenia durante su tratamiento y se han evaluado sus características métricas básicas: fiabilidad y validez.

## MÉTODOS

### Pacientes

Se dispuso de dos bases de datos. La primera<sup>15</sup> provenía de un ensayo clínico multicéntrico (HGJK), aleatorizado y con un año de seguimiento de pacientes con diagnóstico de esquizo-

frenia (criterios DSM-IV), que fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento con dosis inicial  $\geq 10$  mg/día de olanzapina o  $\geq 3$  mg/día de risperidona. El ensayo clínico fue abierto, de grupos paralelos y dosis flexible. Los pacientes fueron evaluados a la inclusión, a los 6 meses y a los 12 meses de seguimiento. Se seleccionaron 250 pacientes y completaron el seguimiento 159. El segundo estudio, el Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO), era un estudio naturalístico europeo con 3 años de seguimiento de más de 10.000 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (criterios DSM-IV). La submuestra española de ese estudio incluyó un total de 195 pacientes.

### Variables

En ambos estudios se midieron variables sociodemográficas y la versión original española de la SFS (78 ítems). En el primero (HGJK) se incluyó además la Impresión Clínica Global (ICG)<sup>16</sup>, una escala de valoración clínica que varía entre uno «paciente evaluado como normal» y 7, «paciente evaluado entre los más extremadamente enfermos». En el segundo estudio (SOHO) se incluyó la Escala Visual Analógica del cuestionario de calidad de vida Euro-QoL (EVA EQ-5D), una escala visual analógica (en forma de termómetro) que ofrece una medida global de la calidad de vida en la que el 0 significa el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud imaginable. Se trata de un instrumento fiable y validado en diferentes poblaciones, incluyendo pacientes con diagnóstico de esquizofrenia<sup>17</sup>.

Cada uno de los pacientes incluidos en los dos estudios antes citados fue asignado aleatoriamente a una de dos muestras de aproximadamente igual tamaño y en consecuencia sus datos transferidos a la muestra a la cual fue asignado. Una de las muestras se utilizó en el proceso de reducción de ítems (submuestra de reducción: 223) y la otra en el de validación de la forma reducida (submuestra de validación: 222).

### Reducción de la *Social Functioning Scale*

#### *Criterios psicométricos clásicos*

Se aplicó el enfoque psicométrico clásico a la muestra de reducción, incluyendo las siguientes fases:

- Identificación de ítems con baja tasa de respuesta (criterio: eliminar aquellos con más de un 10% de valores perdidos).
- Cálculo del alfa de Cronbach inicial del proceso para los ítems restantes, identificando los ítems con baja consistencia interna (criterios de eliminación: correlación ítem-escala inferior a 0,20, y la desviación estándar (DE) inferior a 0,70, que incluye sólo el 20% de los ítems de menor variabilidad).
- Obtención de la matriz de correlación bivariada (criterio de eliminación: correlación superior o igual a 0,75, por presentar redundancia informativa).

- Realización de un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales (criterio de eliminación: valor de saturación en la matriz de componentes rotados, por rotación varimax, igual o superior a 0,70).

#### Criterios psicométricos modernos

- Mediante la aplicación del análisis de Rasch<sup>14,20</sup> se comprobó si el índice de fiabilidad resultaba inferior a 0,70. Se utilizó el mapa de ítems de la escala obtenida para evaluar la redundancia de éstos y la existencia de posibles «huecos» informativos. Y se aplicó como criterio de eliminación los valores de *Infit* y *Outfit* superiores a 1,3<sup>20</sup>.

#### Criterios clinimétricos

- Valoración de la versión reducida por parte de seis especialistas clínicos del grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia) para analizar si a su juicio era necesario recuperar alguno de los ítems eliminados en las etapas previas.

Tras la obtención de la versión corta final se realizó un análisis factorial exploratorio con el fin de determinar la existencia o no de subdimensiones de dicha versión.

#### Fiabilidad y validez de la versión corta de la Social Functioning Scale

Se evaluaron las características métricas de la versión corta de la SFS en los 222 pacientes incluidos en la submuestra de validación. La fiabilidad se estimó a través de la consistencia interna, calculándose el alfa de Cronbach de la puntuación. Se consideró como una fiabilidad adecuada para la comparación de grupos el valor de 0,7 o superior<sup>20</sup>.

Para el análisis de validez se comparó el grado de asociación de la versión corta y de la versión larga con las variables relacionadas con la gravedad de la esquizofrenia. En primer lugar se compararon los coeficientes de correlación de Spearman con la ICG y la EVA EQ-5D. En segundo lugar se comparó su capacidad discriminativa a través del cálculo del área bajo la curva ROC, utilizando como referencia la variable ICG dicotomizada en dos categorías: «marcadamente o extremadamente enfermo» respecto a las de menor gravedad. Finalmente se analizó y se verificó que las variables edad y sexo no eran modificadoras del efecto en relación a la puntuación final de la versión corta de la SFS. Para ello se realizó un modelo de regresión logística en el que la ICG dicotomizada era la variable dependiente y la puntuación de la versión corta, la edad (dicotomizada en la mediana, 37 años) y el sexo eran las variables independientes.

En todos los casos se consideró un contraste de hipótesis bilateral con un umbral de significación  $\alpha \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Ambas submuestras (la de reducción y la de validación) resultaron similares en cuanto a edad, sexo, puntuación media del cuestionario SFS original, así como la distribución de la escala ICG. Se observaron diferencias estadísticamente significativas sólo en el valor medio de la EVA EQ-D5, que fue ligeramente más alto en el grupo de validación (tabla 1).

#### Obtención de la versión corta

La tabla 2 muestra las etapas del proceso de reducción de ítems, así como el número de ítems eliminados en cada etapa. El mayor número de ítems se eliminó después de realizar el análisis factorial. De los 6 ítems eliminados en la dimensión trabajo, 3 lo fueron en un primer paso por presentar un porcentaje de valores perdidos de más del 10% y los 3 restantes en el siguiente paso por presentar un índice de homogeneidad inferior a 20. Los ítems eliminados en este proceso provinieron de diferentes dimensiones del cuestionario, pero principalmente de las dimensiones «independencia-ejecución» e «independencia-competencia» (datos no mostrados).

Mediante el análisis de Rasch se observó un buen ajuste del modelo (*Infit*: 1,03 y *Outfit*: 1,03) y unos buenos valores

Tabla 1	Características de las submuestras utilizadas para el proceso de reducción y su posterior validación		
	Submuestra de reducción (n = 223)	Submuestra de validación (n = 222)	p
Edad	38,2 (12,2)	37,9 (11,3)	NS
Hombres	149 (66,8%)	143 (64,4%)	NS
Puntuación media del cuestionario SFS original	99,9 (24,9)	100,8 (26,1)	NS
EQD5-VAS*	68,4 (18,3)	75,6 (13,3)	0,003
CGI			NS
Normal, no enfermo	0 (0%)	0 (0%)	
En la frontera de enfermedad mental	0 (0%)	1 (0,7%)	
Medianamente enfermo	8 (7,1%)	7 (5,1%)	
Moderadamente enfermo	62 (54,9%)	69 (50,4%)	
Marcadamente enfermo	32 (28,3%)	49 (35,8%)	
Gravemente enfermo	11 (9,7%)	11 (8%)	
Extremadamente enfermo	0 (0%)	0 (0%)	

NS: no significativo. \* Intervalo de confianza del 95% de la diferencia de las medias: (2,7-11,7). DE: desviación estándar.

Tabla 2 Proceso de reducción de ítems según los diferentes criterios utilizados		
Proceso de eliminación de los ítems	Ítems que permanecen	Ítems eliminados
<b>Criterios psicométricos clásicos</b>		
Ítems iniciales	78	0
Valores perdidos (> 10%)	75	3
Índice de homogeneidad < 20	63	12
Desviación estándar ≤ 0,70	52	11
Coef. de correlación de Spearman ≥ 0,75	50	2
Análisis factorial (rotación varimax)	19	31
<b>Criterio psicométrico moderno</b>		
Análisis de Rasch	13	6
<b>Criterio clinimétrico</b>		
Criterio clínico de expertos	15	2*

\* Dos ítems añadidos por criterio clínico.

de fiabilidad (0,99) y separación (11,64). El mapa de ítems mostró una apariencia de distribución normal, así como una ausencia de «huecos» importantes. Tan sólo se eliminaron 6 ítems que presentaron unos valores de *Infit* y *Outfit* superiores a 1,3, así como un solapamiento en el mapa de ítems. Así se obtuvo una versión reducida de 13 ítems (fig. 1).

Los seis especialistas clínicos del grupo GEOPTE que revisaron la versión reducida de 13 ítems acordaron que se debían recuperar 2 ítems eliminados. Ambos estaban relacionados con la capacidad de realizar algún trabajo, ya que la función de rol (definida como trabajo remunerado, actividad académica o de ama de casa) es una de las claves en el adecuado funcionamiento sociolaboral<sup>22,23</sup>.

La tabla 3 presenta el número de ítems de cada dimensión de la versión original que han sido retenidos en la versión corta. La versión corta de la SFS se presenta de manera detallada en el anexo. Con esta versión se realizó un nuevo análisis factorial con rotación varimax para estudiar la existencia de posibles dimensiones en las que agrupar dichos ítems. Al no encontrar una solución para el conjunto de todos ellos, la información de la versión corta se resume en una sola puntuación.

**Fiabilidad y validez de la versión corta**

La distribución de las puntuaciones de la versión larga original y de la corta se presentan en la tabla 4. No se observaron diferencias en el efecto techo y suelo, y media. Sin

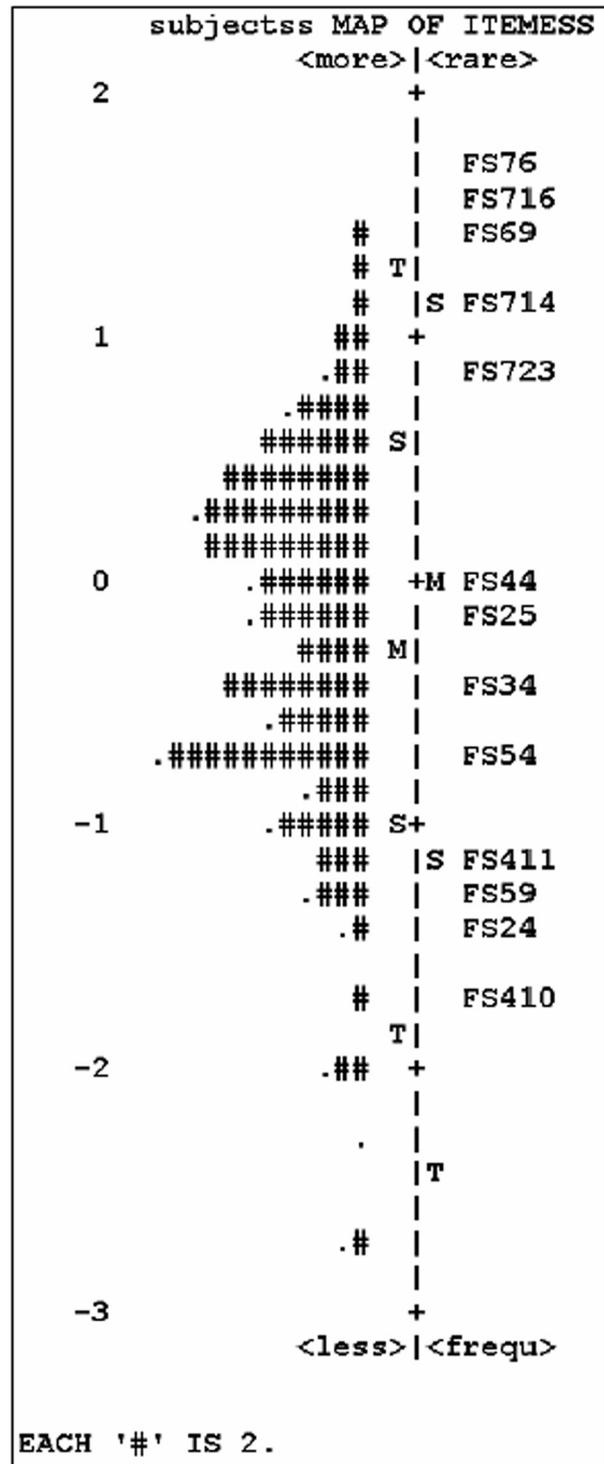


Figura 1 Mapeado de los 13 ítems resultantes tras la reducción por análisis Rasch.

embargo, como era de esperar, la consistencia interna medida por el alfa de Cronbach fue mayor para la versión larga (0,93) que para la corta (0,76).

Tabla 3		Contenido del cuestionario <i>Social Functioning Scale</i> completo (original) según dimensiones e ítems retenidos en la versión corta	
Grupo de ítems	Dimensión	Número de ítems	
		Escala original	Versión corta*
FS2	Aislamiento/actividades sociales	5	2
FS3	Comunicación interpersonal	4	1
FS4	Independencia-ejecución	13	3
FS5	Independencia-competencia	13	2
FS6	Actividades del tiempo libre	14	1
FS7	Conducta prosocial	23	4
FS8	Empleo-ocupación	6	2
	Total	78	15

\* La versión corta se analiza en conjunto, sin calcularse puntuaciones por dimensión.

Tabla 5		Correlación (coeficientes de Spearman) entre la puntuación de la <i>Social Functioning Scale</i> (versión original y versión corta) con la CGI y la EVA EQ-5D (n = 222)	
	Puntuación SFS	CGI	EQ5D-VAS
Cuestionario original		-0,437	0,258*
Actividades sociales		-0,346	0,591
Comunicación interpersonal		-0,472	0,456
Independencia		-0,273	0,424
Competencia		-0,294	0,442
Tiempo libre		-0,174	0,445
Conducta social		-0,203	0,341
Empleo/ocupación		0,089*	-0,021*
Versión corta**		-0,420	0,463

\* No significativo. Todas las correlaciones  $p < 0,001$ , excepto (\*), no significativas. \*\* La versión corta se analiza en conjunto, sin calcularse puntuaciones por dimensión.

La correlación entre la versión corta y las variables clínicas ICG y EVA EQ-5D fue moderada y semejante o mejor a la obtenida con la versión larga original (tabla 5).

El análisis de regresión logística multivariante mostró que las variables de ajuste edad y sexo no modificaban el coeficiente  $\beta$  de la puntuación de la versión corta en relación con ICG, sugiriendo que no influían en la relación entre ambas.

Para evaluar la capacidad discriminante del cuestionario SFS reducido y a falta de un patrón oro (*gold standart*) se utilizó como referencia la escala ICG dicotomizada. Se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,73 (intervalo de confianza

[IC] 95%: 0,64-0,83), valor muy semejante al obtenido para la versión larga (AUC: 0,74; IC 95%: 0,64-0,84) (fig. 2).

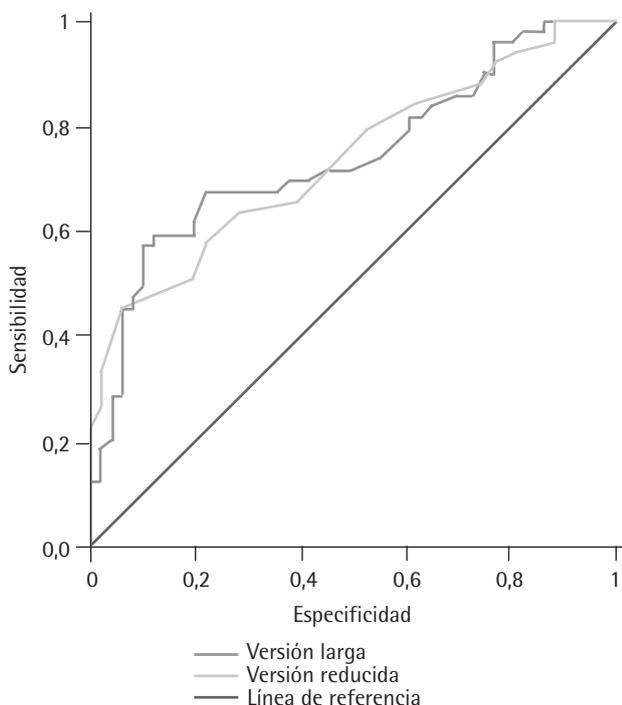
## CONCLUSIONES

El interés en la medición del funcionamiento social del paciente con esquizofrenia se ha incrementado con el uso habitual de fármacos antipsicóticos más eficaces y mejor tolerados. Esta medición tiene interés especial en el marco de modelos de atención clínica centrados en estrategias de intervención biopsicosocial. En este sentido hoy se acepta ampliamente que las limitaciones en el funcionamiento social de estos pacientes constituyen un aspecto central de la esquizofrenia, tanto desde perspectivas nosológicas como de tratamiento e investigación. Así, se entiende que sistemas diagnósticos como el DSM-IV tengan como requisito el deterioro en el funcionamiento social para establecer un diagnóstico de esquizofrenia o que, desde una perspectiva puramente clínica, no se pueda entender el tratamiento adecuado del paciente con esquizofrenia como dirigido a una pura reducción en la intensidad de los síntomas si esto no se acompaña de una mejora en su funcionamiento social.

El concepto de funcionamiento social ha sido operativizado generalmente mediante la evaluación de distintos grupos de variables, tales como la duración de las hospitalizaciones, contactos sociales, empleo y sintomatología exhibida<sup>18</sup>, o mediante la interdependencia en las relaciones, grado de actividades sociales, calidad de las compañías, relaciones con niños, amigos o familiares, número de relaciones sociales o calidad de vida<sup>19</sup>. En consonancia con estos modelos, las escalas de evaluación del funcionamiento social se han centrado en medir variables en relación con el empleo u ocupación,

Tabla 4		Características del cuestionario <i>Social Functioning Scale</i> según la versión (original y corta) en la submuestra de validación (n = 222)	
	Escala original	Versión corta*	
Número de ítems	78	15	
Rango teórico	0-234	0-45	
Rango observado	33-178	5-36	
Alfa de Cronbach	0,93	0,76	
Efecto techo: n (%)	1 (0,8%)	1 (0,5%)	
Efecto suelo: n (%)	1 (0,8%)	1 (0,5%)	
Media (DE)	100,77 (26,1)	20,74 (6,1)	

DE: desviación estándar.



**Figura 2** Curvas ROC de los cuestionarios SFS original y reducido, tomando como referencia la escala ICG dicotomizada en función de la severidad del paciente (no enfermo-moderadamente enfermo respecto a marcadamente-extremadamente enfermo).

el papel que el paciente desempeña en su casa, en su familia, en el tipo de relaciones de amistad o amorosas, actividades de recreo o sociales en general.

La SFS fue diseñada con el propósito de convertir las variables envueltas en el funcionamiento social del individuo en datos coherentes y fiables con el fin de proporcionar al clínico objetivos concretos que pudiesen ser negociados con el paciente y sus familiares. La versión española de la SFS (Escala de Funcionamiento Social) mostró ser un instrumento fiable, válido y sensible. La tabla de corrección que se elaboró permitía situar el funcionamiento social de cada sujeto en un nivel fácilmente comparable al de otros sujetos esquizofrénicos. Asimismo, permite fijar los objetivos rehabilitadores de un modo mensurable y establecer un marco «comparativo» con grupos apropiados de referencia<sup>10</sup>.

En el presente trabajo se ha desarrollado una versión reducida de la escala SFS y se ha valorado su fiabilidad y validez. Los resultados sugieren que la versión corta representa adecuadamente todos los conceptos medidos por la escala original con una fiabilidad adecuada y una validez similar a la versión larga. Todo ello sugiere su potencial utilidad para la valoración de la recuperación del paciente esquizofrénico desde la óptica de su funcionamiento social en la práctica clínica habitual.

El valor del alfa de Cronbach calculado en la validación del conjunto de ítems finales obtenidos por vía de la psicometría clásica y la teoría de respuesta al ítem fue de 0,76, valor satisfactorio dentro del rango de precisión aceptado<sup>20</sup>. Aunque la puntuación de la versión corta de la SFS puede ser algo imprecisa si se usa en un solo paciente, se deben tener en cuenta otras ventajas, como la drástica reducción del tiempo empleado para completar el cuestionario y la disminución de los ítems sin respuesta, aspectos fundamentales para sugerir su utilización rutinaria en la práctica clínica habitual. Es importante señalar que no habiéndose observado una agrupación clara de los ítems de la versión corta, su valoración debe hacerse a través de una puntuación global única. Por ello no sería adecuado obtener puntuaciones por dimensiones para compararlas con las de la versión original larga.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo conviene destacar la carencia de un patrón oro reconocido e incluido en las bases de datos consideradas. Por ello se tomaron dos variables «externas» como son la ICG y la EVA EQ-5D para verificar la validez del proceso de reducción de ítems, con el resultado de áreas bajo la curva ROC idénticas (0,74) para los cuestionarios original y reducido en el caso de la ICG. Por otra parte, la evaluación de la factibilidad del nuevo cuestionario en condiciones de práctica habitual requerirá realizar uno o varios estudios específicos que permitan medirla, así como verificar el cumplimiento de las propiedades psicométricas (en condiciones también de práctica habitual).

En resumen, se dispone de una versión corta de la escala SFS que presenta una buena fiabilidad y validez. Ello ha de permitir su uso en la práctica clínica. Esto es importante dado el lugar cada vez más relevante que ocupa el funcionamiento social en la valoración del progreso de la enfermedad y de la recuperación que se puede obtener a través de los distintos recursos terapéuticos. Son necesarios estudios en otros grupos de pacientes y en contextos más próximos a la práctica clínica habitual antes de aconsejar el uso rutinario de esta escala.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Strauss JS. A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry* 1975;132:1193-7.
2. Engelhardt DM, Rosen B. Implications of drug treatment for the social rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1976;2:454-62.
3. Tyrer P, Nur U, Crawford M, Karlsen S, McLean C, Rao B, et al. The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51:265-75.
4. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:323-9.

5. Voges M, Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005;76:287-92.
6. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures. National survey. *Br J Psychiatry* 2002; 180:101-3.
7. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001;322:406-9.
8. Grant C, Addington J, Addington D, Konnert C. Social functioning in first and multiepisode schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001;46:746-9.
9. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990; 157:853-9.
10. Torres A, Olivares JM. Validación de la versión española de la Social Functioning Scale. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:216-20
11. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162:441-9.
12. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: UK: Oxford University Press, 1995.
13. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
14. Benjamin D, Wright, Mark H. Stone. *Best Test design. Rasch measurement*. MESA Press; 1979.
15. Álvarez E, Ciudad A, Bousoño M, Olivares JM, Gómez JC. A randomised, one year follow up study of olanzapine and risperidone in the treatment of negative symptoms in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26: 238-49.
16. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele D, Fargas R, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia (CGI-SCH) scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003;416(Suppl.): 16-23.
17. Brooks R, Rabin R, de Charro F. *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective*. Dordrecht, The Netherlands, 2003.
18. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27:739-46.
19. DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *Br J Psychiatry* 1995;167:331-8.
20. Scientific Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002;11:193-205.
21. Smith RM, Schumaker RE, Bush MJ. Using item mean squares to evaluate fit to the Rasch model. *J Outcome Measurement* 1998; 2:66-78.
22. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-72.
23. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. *Am J Psychiatry* 2004;161:473-9.

Anexo 1	Escala reducida de Funcionamiento Social (SFS)	
<b>Aislamiento – Actividades sociales</b>		
¿Con qué frecuencia sale de casa? (por cualquier razón) (FS24 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños? (FS25 = 0, 1, 2, 3)	0 = Los evita 1 = Se siente nervioso 2 = Los acepta 3 = Le agradan	
<b>Comunicación interpersonal</b>		
En estos momentos, ¿le resulta fácil o difícil hablar con la gente? (FS34 = 0, 1, 2, 3)	3 = Bastante fácil 2 = Normal 1 = Bastante difícil 0 = Muy difícil	
Conducta prosocial: marque en cada columna la frecuencia con la que ha participado en cualquiera de las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
Exposición (FS76 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
Ir a fiestas (FS714 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
Discoteca (FS716 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
Asistir a alguna actividad de la iglesia (FS723 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
<b>Independencia – Ejecución</b>		
Marque en cada ítem la frecuencia con que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
Lavar la propia ropa (FS44 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
Utilizar dinero (FS410 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	

Anexo 1	Escala reducida de Funcionamiento Social (SFS) (continuación)	
Disponer y administrar el propio dinero (FS411 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
<b>Independencia – Competencia: decir si es capaz de hacer</b>		
Cocinar para sí mismo (FS54 = 0, 1, 2, 3)	3 = Adecuadamente, no necesita ayuda 2 = Necesita ayuda o que le estimulen 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda 0 = No sabe	
Fregar los platos, etc. (FS59 = 0, 1, 2, 3)	3 = Adecuadamente. No necesita ayuda 2 = Necesita ayuda o que le estimulen 1 = Incapaz. Necesita mucha ayuda 0 = No sabe	
Actividades del tiempo libre: marque donde corresponda en cada columna para indicar con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes actividades durante los últimos 3 meses		
Arreglar cosas (bici, coche, etc.) (FS69 = 0, 1, 2, 3)	0 = Nunca 1 = Raramente 2 = A veces 3 = A menudo	
<b>Empleo – Ocupación</b>		
¿Tiene usted en estos momentos un empleo regular? (Incluye terapia ocupacional, rehabilitación o cursos de reciclaje) (FS81 = 1, 2)	1 = Sí 2 = No	
¿Está usted dado de baja como incapacitado? (FS82 = 1, 2)	1 = Sí 2 = No	