

María J. Jaén-Moreno¹
María J. Moreno-Díaz²
Rogelio Luque-Luque¹
Vaughan Bell³

Validación de la versión española de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff en población general

¹UGC Salud Mental. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

²Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Córdoba

³Bethlem Royal Hospital. Institute of Psychiatry, King's College Hospital. London

Antecedentes. En los últimos años se ha incrementado el interés por la existencia de alteraciones de la percepción en la población general, esto ha contribuido a profundizar en la teoría de la psicosis como un modelo dimensional. El objetivo del presente estudio es el de validar la versión española de la escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) en población general.

Método. Estudio descriptivo, controlado y transversal en el que se evaluó a 324 sujetos de población general con la CAPS, el Inventario de Ideas Delirantes de Peters de 21 ítems, con la Escala revisada de Alucinaciones de Launay-Slade y el Inventario reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias.

Resultados. Los resultados demuestran que la CAPS en su versión española posee buena consistencia interna y una adecuada fiabilidad test-retest. Las correlaciones con las demás escalas proporcionan evidencia de una buena validez convergente-divergente y el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la CAPS reflejaron una estructura de tres factores consistente.

Conclusiones. La versión española de la CAPS es un instrumento de evaluación psicométrica fiable y válido para la medición de las experiencias anómalas en población general.

Palabras clave: CAPS, Continuum psicosis, Experiencias anómalas, Esquizofrenia, Alucinaciones

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(1):1-8

Validation of the Spanish version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale in the general population

Introduction. Interest in the existence of anomalous perceptions in the general population has increased greatly over recent years. Because of this, it has been possible to extend the knowledge regarding the theory of psychosis as a dimensional model. This study has aimed to validate the Spanish version of the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) the general population.

Method. A descriptive, controlled and cross-sectional study was performed. It evaluated 324 participants from the general population with the Spanish translation of the CAPS, the 21-item Peter et al. Delusions Inventory, the Revised Launay-Slade Hallucinations Scale and the reduced Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE).

Results. The results indicate that the Spanish version of the CAPS has good internal consistency and test-retest reliability. Analysis of the relationship with other scales indicates evidence of good convergent and divergent validity and the exploratory and confirmatory factor analysis of the CAPS showed a structure with three consistent factors.

Conclusions. The Spanish version of the CAPS is a valid and reliable psychometric measure of the anomalous perceptual experiences in the general population.

Key Words: CAPS, Psychosis continuum, Anomalous experiences, Schizophrenia, Hallucination

Correspondencia:

María José Jaén Moreno.

Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. Avenida Menéndez Pidal s/n. 14004. Córdoba.

Teléfono: 0034 957 218 296; 0034 626 410 629

Fax: 0034957218573

Correo electrónico: mjjaen@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Clásicamente, el diagnóstico de la psicosis ha sido formulado atendiendo a parámetros categoriales. En los últimos años se ha incrementado el interés por una visión dimensional en la que experiencias clásicamente concebidas en el ámbito de los psicóticos como las alteraciones del pensamiento y de la comunicación, se encontrarían distribuidas de forma continua en la población general^{1,2}. El origen multifactorial, que incluye desde alteraciones genéticas hasta factores de riesgo ambientales, modularía la aparición de diferentes expresiones clínicas que irían desde la normalidad hasta la psicosis clínica³⁻¹².

Para van Os (2009), la tasa de prevalencia de experiencias psicóticas subclínicas en la población general es de un 5%¹³⁻¹⁷. Por tanto, la experiencia de síntomas similares a los de la psicosis no estaría inevitablemente asociada a este trastorno, sino que este dependería de la frecuencia de aparición, la intrusión, la presencia de otros síntomas asociados, así como de factores individuales, personales y culturales (capacidad de afrontamiento, comportamiento ante la enfermedad, tolerancia social o el desarrollo de relaciones funcionales con los otros)¹⁸⁻²³.

El desarrollo de medidas psicométricas para valorar la presencia de psicosis y experiencias "*psicosis-like*" ha facilitado profundizar en el modelo dimensional. Algunas de las escalas tienen como objetivo valorar la propensión a la psicosis mientras que otras se centran en aspectos particulares del continuo (como delirios o alucinaciones), influenciado por los límites de los síntomas en la clínica psiquiátrica²⁴⁻²⁷. Gran parte de las escalas no valoran exclusivamente la presencia de alteraciones de la percepción, sino que éstas se entremezclan con alteraciones de otras funciones psíquicas, como por ejemplo en la Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade ("*Los sonidos que oigo en mis ensoñaciones parecen tan reales que a veces pienso que existen*").

La Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) posibilita disponer de una prueba psicométrica para medir exclusivamente las alteraciones de la percepción. No es dependiente del contexto psiquiátrico clínico y considera las experiencias subjetivas en un rango con diferentes grados de *insight* (incluye el conocimiento de que la percepción "realmente no está ahí", la percepción parece extraña o inusual). Asimismo, se incluyen ítems relacionados con distorsiones en la intensidad perceptiva y experiencias asociadas a todas las modalidades sensoriales, junto con otras típicamente relacionadas con el lóbulo temporal²⁴.

El objetivo del presente artículo es adaptar y validar al español la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff para población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de validación descriptivo, controlado y transversal. La muestra se ha obtenido por medio de

un muestreo no probabilístico de tipo incidental siendo ésta representativa de la población a estudio.

La Comisión ética del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y la de la Universidad de Córdoba aprobaron el protocolo y éste cumple con los principios de la declaración de Helsinki.

Participantes

La muestra de estudio estuvo compuesta por 324 estudiantes de 2º curso de la Licenciatura de Medicina de Córdoba, que no habían cursado ninguna asignatura del área de Psiquiatría. Fueron excluidos del análisis 5 sujetos que realizaron de forma incompleta los cuestionarios. Finalmente la muestra quedó constituida por 319 sujetos (edad media=20.12; SD=2.43; rango=18-43). De los cuales 220 eran mujeres (69%) y 99 eran varones (31%). De ellos un 81.1% se encontraba soltero y un 16.9% tenía pareja.

Instrumentos de evaluación

*Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff, CAPS*²⁴. Este cuestionario consta de 32 ítems en formato de respuesta dicotómica Sí/No. La puntuación total se obtiene sumando cada uno de los ítems, por lo que el rango para la CAPS es de 0 (bajo) a 32 (alto). Asimismo, cada uno de los ítems consta de 3 dimensiones que miden el grado de perturbación, de invasión y la frecuencia con una puntuación de tipo Likert (1-5), por lo que para cada una de ellas el rango va desde 0 a 160. Cada una de estas tres dimensiones busca valorar qué relevancia tiene la experiencia para el sujeto. Esto ha sido descrito como fundamental para la diferenciación entre una experiencia normal o patológica y no la mera experiencia en sí. Tras ser discutido con el autor de la escala se plantea la posibilidad de cambiar el término de "*perturbación*" por el de "*malestar*" para futuras versiones de la escala CAPS.

Inventario de Ideas delirantes de Peters de 21-ítem, PDI-21^{28,29}. Un autoinforme que consta de 21 ítems en formato de respuesta dicotómica Sí/No, la puntuación total se obtiene de la suma de cada uno de los ítems, por lo que la máxima puntuación obtenida será 21. Se compone a su vez por tres subescalas que miden el grado de convicción, preocupación y malestar. En estas, el sistema de puntuación es tipo Likert (1-5) (mayores puntuaciones se asocian a más predisposición de presentar ideas delirantes). En el presente trabajo hemos utilizado la versión española del instrumento, que ha mostrado un alfa de Cronbach total de 0.75.

*La Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade, RLSHS*³⁰. Versión Española^{31,32}. En este estudio hemos utilizado la versión española (alfa de Cronbach 0.83) de 12 ítems, la cual utiliza un formato de respuesta tipo Likert (1= "Ciertamente no se aplica a mí", 2= "Posiblemente no se aplica a

mi", 3= "Posiblemente se aplique a mí", 4= "Ciertamente se aplica a mí"). Las puntuaciones oscilan entre 12 y 48; cuanto más alta es la puntuación mayor predisposición para presentar alucinaciones.

*Inventario Reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (O-LIFE-R)*³³. Versión reducida de la original, compuesta por los 40 ítems con mayor peso factorial, todos ellos de respuesta dicotómica. La escala ofrece puntuaciones para cuatro escalas: Desorganización Cognitiva, Anhedonia introvertida, Experiencias inusuales y Disconformidad Impulsiva. La corrección de cada escala se realiza mediante la contabilización de los correspondientes ítems respondidos en el sentido esperado.

Procedimiento

Tras obtener el permiso del autor, se realizó la traducción de la CAPS al español, utilizando el método de *back-translation* y siguiendo las directrices internacionales para la traducción y adaptación de test. Finalmente se envió al autor original para que diese su aprobación.

Los participantes cumplieron los cuestionarios en una ocasión y de forma colectiva, en grupos de 60-70 alumnos aproximadamente, durante el horario académico y en aulas acondicionadas para este fin. El estudio se presentó a los participantes como una investigación de las alteraciones de la percepción, asegurándoles la confidencialidad de los datos así como el carácter voluntario y no retribuido de su participación, confirmando su consentimiento para ser incluidos. En todo momento se aseguró la presencia de un investigador. Un total de 71 participantes completaron la CAPS en una segunda ocasión, seis meses más tarde.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 20. El nivel de significación estadística bilateral utilizado fue de 0,5. Se calculó la consistencia interna de la CAPS total, así como de las subescalas, con el empleo de la alfa de Cronbach. La fiabilidad test-retest se calculó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La validez convergente fue determinada mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación total de la CAPS y las puntuaciones de las escalas PDI, RLSHS y OLIFE-R.

Para el análisis de la estructura dimensional de la CAPS se procedió en un primer momento a realizar un análisis factorial exploratorio a través del método de análisis de los componentes principales (ACP) con la intención de establecer un modelo con poder predictivo. El ACP retiene aquellas características del conjunto de datos que contribuyen más a

su varianza, manteniendo un orden de bajo nivel de los componentes principales e ignorando los de alto nivel. El objetivo es que esos componentes de bajo orden a veces contienen el aspecto "más importante" de esa información. En un primer momento se realizó una rotación oblicua tal y como se había realizado en la validación de la escala original por el autor del cuestionario, pero dado que la correlación entre los factores finales eran pequeñas optamos por realizar un análisis factorial más robusto aplicando una rotación ortogonal. Posteriormente utilizamos el paquete estadístico Amos 20 para realizar el Análisis Factorial Confirmatorio del modelo obtenido, con idea de comprobar el ajuste del modelo exploratorio, teniendo en cuenta el número de factores, los ítems que saturan cada factor y especificando errores de medida correlacionados, de manera que podamos obtener la relación entre constructos, así como la validez de dichos constructos.

Un problema que tienen los estadísticos de bondad de ajuste, es que se deterioran con el aumento de tamaño muestral, por lo que muestras superiores a 200, como es nuestro caso son de buena garantía; adecuándose así mismo la ratio entre tamaño muestral y variable (+10sujetos/variable observada).

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos para la CAPS, PDI-21, RLSHS y la OLIFE. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al género en la prueba U de Mann-Whitney por lo que asumimos que no existen diferencias entre ambos grupos salvo para la variable Disconformidad Impulsiva de la escala OLIFE-R.

Fiabilidad

La escala CAPS obtuvo una buena consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0.83 para la puntuación total de la CAPS; 0.88 para la subescala de perturbación; de 0.87 para la de intrusión y de 0.85 para la de frecuencia. En la prueba de Test-retest se obtuvieron los siguientes coeficientes de correlación de Pearson: CAPS puntuación total=0.602 ($p<0.01$); CAPS perturbación=0.570 ($p<0.01$); CAPS intrusión=0.555 ($p<0.01$); CAPS frecuencia=0.592 ($p<0.01$). La alfa de Cronbach para la prueba test-retest fue de 0.75 mostrando una estabilidad aceptable.

Validez convergente-divergente.

El coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación total de la escala CAPS y la del resto de escalas se muestra en la tabla 2.

Tabla 1		Estadísticos descriptivos para la CAPS, PDI-21, OLIFE-R y RLSHS											
Escala (total N)	CAPS (319)				PDI-21 (319)				OLIFE-R(319)				RLSHS (319)
Hombres/ Mujeres N	99/220				99/220				99/220				99/220
Subescala	Total	Perturbación	Intrusión	Frecuencia	Total	Malestar	Preocupación	Convicción	EI	DC	AI	DI	
Hombres, media (SD)	8.27 (4.99)	16.62 (14.04)	15.41 (12-87)	16.35 (11.40)	4.23 (2.87)	9.84 (8.68)	9.00 (7.67)	10.44 (8.41)	1.82 (1.37)	4.89 (2.91)	1.45 (1.84)	3.77 (1.9)	18.18 (4.24)
Mujeres, media (SD)	8.89 (5.62)	17.95 (15.6)	15.26 (12.46)	18.63 (14.25)	4.22 (2.54)	10.26 (8.30)	9.33 (7.73)	10.7 (7.4)	1.98 (1.78)	5.45 (2.39)	1.25 (1.66)	2.99 (1.78)	18.68 (4.66)
Total, media (SD)	8.7 (5.4)	17.54 (15.13)	15.31 (12.57)	17.92 (13.45)	4.22 (2.64)	10.13 (8.41)	9.22 (7.70)	10.62 (7.71)	1.94 (1.66)	5.28 (2.57)	1.31 (1.7)	3.23 (1.85)	18.52 (4.53)
Rango	0-26	0-90	0-70	0-111	0-14	0-58	0-56	0-49	0-8	0-10	0-10	0-9	0-40
Mediana	8	14	13	17	4	8	8	9	2	5	1	3	18

Al: Anhedonia introvertida. CAPS: Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff. DC: Desorganización cognitiva. DI: Disconformidad impulsiva. EI: Experiencias inusuales. OLIFE-R: Inventario reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias. PDI-21: Escala Ideas Delirantes Peters, 21 ítems. RLSHS: La Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade.

Tabla 2		Correlación entre la puntuación total de la CAPS y la PDI-21, Las subescalas de O-LIFE-R y la RLSHS (con la transformación Z de Fisher's de la r de Pearson)					
CAPS Puntuación total	PDI-21 Puntuación total	OLIFE-R				RLSHS	
		Experiencias inusuales	Desorganización cognitiva	Anhedonia introvertida	Disconformidad impulsiva		
Pearson'sr	0.58**	0.50**	0.26**	0.09	0.22**	0.56**	
Fisher'sZ	0.66	0.55	0.27	0.09	0.22	0.63	

CAPS: Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff. OLIFE-R: Inventario reducido de Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias. PDI-21: Escala Ideas Delirantes Peters, 21 ítems. RLSHS: La Escala Revisada de Alucinaciones de Launay-Slade.

** p<0.01.

Validez de constructo

El análisis de componentes principales fue realizado para explorar la asociación existente entre los ítems, sin depender de ninguna hipótesis previa. Los ítems de la CAPS que fueron respondidos positivamente por menos de un 10% de los encuestados fueron eliminados del análisis debido a su falta de varianza. Esto condujo a la eliminación de 6 ítems: ítem 7 (6.6%), ítem 10 (5%), ítem 11 (8.5%), ítem 19 (5.3%), ítem 28 (2.5%) y el ítem 31 (8.2%). La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Oklím obtenida fue de 0.82 lo cual excede substancialmente del valor recomendado (0,6). La prueba de esfericidad de Bartlett ha resultado así mismo positiva ($\chi^2=1314.588$ $p=0.000$). Estos valores indican que nuestra matriz no es idéntica, pudiéndose agrupar en un número menor de factores. El ACP reveló la presencia de 8 factores con valores propios por encima de 1 y que en conjunto explicaban el 52.36% de la varianza total de los resultados. El gráfico de sedimentación mostraba una ruptura entre el

componente 3 y el 4. De esta manera, realizamos un ACP adicional con la extracción de 3 componentes. Las cargas factoriales de este análisis se muestran en la Tabla 3. Tras la rotación y tras considerar una carga factorial satisfactoria para incorporarlos al modelo de 0.40, los tres factores contruidos de la siguiente manera explican el 30.46% de la varianza: El factor I ítems 21, 18, 30, 25, 29, 20 y 8; el factor II a los ítems 15, 26, 9, 3, 22, 5, 27, 23 y 17; y el factor III a 13, 4, 6, 32, 24, 2 y 12.

Partimos del modelo obtenido en el análisis factorial exploratorio incluyendo todas las variables con la intención de evaluar su calidad. Se obtuvieron los siguientes estadísticos de bondad de ajuste: P=0.001 CMIN/DF=1.327; CFI=0.915; TLI=0.905; GFI=0.929; RMSEA=0.032.

El primer diagnóstico global del modelo se realiza con el estadístico de verosimilitud Chi cuadrado. Su hipótesis nula establece que las restricciones del modelo son correctas. En

Tabla 3 Pesos factoriales obtenidos tras el Análisis de Componentes Principales (rotación varimax)

Ítem	Componentes		
	I	II	III
21. ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?	0.651		
18. ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?	0.606		
30. ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?	0.578		
25. ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?	0.577		
29. ¿Ha advertido alguna vez olores o aromas que la gente a su lado parece no advertir?	0.533		
20. ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?	0.520		
8. ¿Ha detectado alguna vez olores que parecen no proceder de su alrededor?	0.419		
14. ¿Ha experimentado alguna vez sabores sin causa aparente en la boca?	0.357		
15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?		0.581	
26. ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan anormales?		0.563	
9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?		0.547	
3. ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?		0.495	
22. ¿Se ha mirado alguna vez al espejo y ha pensado que su rostro parece distinto de lo usual?		0.472	
5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?		0.471	
27. ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?		0.452	
23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?		0.447	
17. ¿Le ha resultado difícil alguna vez distinguir una sensación de otra?		0.442	
1. ¿Le ha parecido alguna vez oír los sonidos mucho más alto de lo normal?		0.389	
16. ¿Le ha parecido alguna vez que los sonidos están distorsionados de un modo extraño e inusual?	0.318	0.352	
13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decir las?			0.608
4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?			0.559
6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?			0.550
32. ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?	0.344		0.430
24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?			0.416
2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?			0.416
12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?			0.400

nuestro caso, se rechaza la hipótesis nula, sin embargo el DF por debajo de tres, indica que se consigue un buen ajuste para muestras mayores de 200. El resto de ajustes están cercanos al 0.90, por tanto, aunque estimamos que en este primer contraste del modelo, para la muestra de estudio y el tipo de cuestionario, está relativamente ajustado, creemos que debe ser mejorado. Para ello trabajamos con los residuos de las covarianza, advirtiendo que para algunas variables estos residuos eran demasiado elevados. Las modificaciones se hicieron de manera secuencial, reexaminando los resultados. Una vez eliminados del modelo los ítems 8, 22, 29 y 17, se procedió de nuevo al cálculo de los parámetros de bondad de ajuste, ob-

teniendo los siguientes resultados: $P=0.101$; $CMIN/DF=1.150$; $CFI=0.965$; $TLI=0.960$; $GFI=0.950$; $RMSE=0.022$. Este modelo es muy ajustado partiendo del criterio normativo para la mayoría de los autores de que sean mayores o igual a 0.95 y el RMSN menor del 0.08. Quedando los factores compuestos de la siguiente manera: Factor I (nombrado como "cambios en la cualidad de la percepción"): Ítems 21, 18, 30, 25 y 20; Factor II (nombrado como "experiencias de despersonalización-desrealización"): 15, 26, 9, 3, 5, 27 y 23; y por último el Factor III (nombrado como "experiencias asociadas al lóbulo temporal"): 13, 4, 6, 32, 24, 2 y 12. La distribución final de los ítems en relación a los factores se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Distribución tras el análisis factorial confirmatorio de los ítems en cada uno de los factores

Factor I. Cambios en la cualidad de la percepción.

- 21. ¿Ha creído alguna vez que la comida o la bebida saben más de lo normal?
- 18. ¿Le han parecido alguna vez inusualmente intensos los olores cotidianos?
- 30. ¿Ha notado alguna vez que la comida o la bebida parecen tener un sabor inusual?
- 25. ¿Le han parecido alguna vez los olores habituales inusualmente distintos?
- 20. ¿Le ha parecido alguna vez que su piel es más sensible al tacto, al calor o al frío?

Factor II. Experiencias de despersonalización-desrealización.

- 15. ¿Le ha parecido alguna vez que las sensaciones ocurren todas de repente y lo inundan de información?
- 26. ¿Ha pensado alguna vez que las cosas cotidianas le resultan anormales?
- 9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o alguna parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma?
- 3. ¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?
- 5. ¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en su cuerpo?
- 27. ¿Le ha parecido alguna vez que el paso del tiempo cambia radicalmente?
- 23. ¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?

Factor III. Experiencias asociadas al lóbulo temporal.

- 13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie cerca que pudiera decirlas?
- 4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces o colores aunque realmente no haya nada?
- 6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que los explique?
- 32. ¿Ha oído alguna vez sonidos o música que las personas junto a usted no oyen?
- 24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de elevarse sin levantarse del sillón (o de la silla), como si condujera o se desplazara por una carretera?
- 2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, aunque no sea capaz de verlo?
- 12. ¿Ha notado alguna vez que alguien lo está tocando pero cuando mira no hay nadie?

DISCUSIÓN

El objetivo que se perseguía al realizar la validación de la escala CAPS al español era disponer de un instrumento de medida que permitiese valorar adecuadamente las alteraciones perceptivas en la población general. El resultado del estudio sugiere que la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS) es un instrumento de evaluación psicométrica fiable y válido para la evaluación de la presencia de percepciones anómalas.

La puntuación total de la CAPS en nuestra muestra 8.70 fue muy similar a la descrita por Bell et al.²⁴. Si encontramos puntuaciones ligeramente superiores para las mujeres (8.89) en comparación con lo descrito por Bell et al.²⁴ (6.3), no acompañándose este hallazgo de una relevancia clínica. Las puntuaciones totales y las obtenidas en las dimensiones de perturbación, intrusividad y frecuencia fueron muy similares a las halladas en el estudio original para la muestra británica.

La consistencia interna para la puntuación total de la CAPS así como para las puntuaciones de perturbación, in-

trusión y frecuencia, superan ampliamente el valor de 0.70 (0.83; 0.88; 0.87; y 0.85 respectivamente) que es el utilizado para indicar una fiabilidad adecuada. Este resultado confirma los obtenidos en el estudio de validación y da fuerza a la utilización de la escala CAPS para la valoración de las percepciones anómalas en población general. La fiabilidad test-retest obtenida en este estudio fue más baja que la obtenida por Bell et al.²⁴, lo que puede deberse al hecho de que el periodo entre la primera y la segunda observación fuese demasiado elevado (6 meses) y a que durante este tiempo, los sujetos sometidos a estudio comenzaron con sus contenidos formativos tanto en psicología como en psicopatología. Por ello consideramos, dado el tipo de escala que es, que los valores obtenidos cercanos a 0.60 y la fiabilidad de 0.75 nos muestran una estabilidad temporal adecuada, aunque sería necesario una nueva comprobación con una muestra con un menor tiempo entre ambas mediciones y sin que existan factores intervinientes que puedan alterar dicha medición.

Los coeficientes de correlación convergente-divergente obtenidos entre la escala CAPS y el resto de escalas fue muy

similar al descrito por Bell et al.²⁴, salvo en la escala RLSHS en la que obtuvimos una correlación algo inferior (0.56) en comparación a la obtenida en el estudio original (0.65). Las mayores correlaciones se hallan entre aquellas escalas que pertenecen al mismo constructo (RLSHS ($r=0.56$), subescala de experiencias inusuales de la OLIFE ($r=0.5$) y la PDI-21 ($r=0.58$), mientras que aquellas subescalas que no forman parte del constructo de experiencias anómalas (desorganización cognitiva ($r=0.26$), anhedonia introvertida ($r=0.09$) y disconformidad impulsiva ($r=0.22$)) presentan unas correlaciones muy bajas.

Los resultados obtenidos en el análisis factorial, cuyo modelo explica el 30.46% de la varianza, muestran un primer componente que hemos denominado "cambios en la calidad de la percepción" y que presenta una correspondencia muy alta con el segundo factor hallado por Bell et al.²⁴ Al igual que en el trabajo original, este factor se compone de ítems relacionados con cambios en la intensidad perceptiva así como extrañezas perceptivas.

El segundo componente agrupa una serie de experiencias inusuales de diferente origen, que denominamos "experiencias de despersonalización y desrealización". Aunque algunos de estos ítems podrían asociarse con la psicosis en general, parecen obtener una mayor coherencia cuando se explican en el contexto de estos fenómenos, que se han descrito en la población general, habitualmente de forma transitoria y asociados a la fatiga, el estrés grave y el consumo de sustancias psicoactivas. Algunos estudios estiman una prevalencia en la población general de hasta un 46%, aunque tan sólo un 1-2% presentaría síntomas clínicamente significativos^{34,35}. Sierra hace referencia a la presencia de alteraciones cognitivas (evocaciones, recuerdos, pensamientos) que acompañan a los sentimientos de irrealidad, así como sentimientos de automatización que pueden afectar no solo a la conducta motora sino también al pensamiento, al lenguaje o a la memoria. En este contexto, el ítem 3 (*¿Ha oído alguna vez el eco o la repetición de sus pensamientos?*) debería entenderse no como un síntoma de primer rango de Schneider sino como una combinación de alteraciones cognitivas (pensamiento) con un sentimiento de automatismo³⁶. De la misma forma se describe la presencia de alteraciones perceptivas visuales, entendiéndolas como el incremento o la disminución de la vivencia de los colores, o la impresión de que son extrañamente planas. Éste es el contexto en el que debería interpretarse el ítem 23 (*¿Ha habido días en que la luz o los colores le han parecido más brillantes o intensos de lo habitual?*), también incluido por Sierra et al. en este factor^{37,38}. El ítem 5 (*¿Ha experimentado alguna vez una quemazón inusual u otras sensaciones extrañas en el cuerpo?*) pertenece al grupo de síntomas por *de-somatización*, definidos por la disminución, pérdida o alteración de las sensaciones corporales y sensación de incorporeidad pudiendo existir un alterado umbral para el dolor³⁹.

El tercer componente, denominado "experiencias del lóbulo temporal", está compuesto por ítems que pueden encuadrarse entre las alteraciones perceptivas descritas en los trastornos del lóbulo temporal mejor que entre los síntomas de primer rango de la psicosis. En el contexto de la epilepsia del lóbulo temporal se han descrito alteraciones perceptivas que incluyen ilusiones y alucinaciones visuales, ilusiones auditivas y alucinaciones musicales, distorsiones de la percepción del tiempo, experiencias inusuales gustativas y olfativas y sentimientos de familiaridad y reconocimiento. Las alteraciones perceptivas descritas por Gloor quedan por tanto adecuadamente representadas por los ítems que componen este factor⁴⁰⁻⁴⁴.

Como principales limitaciones del estudio se encuentra el amplio período de tiempo entre la primera y segunda observación (6 meses), lo que haría recomendable una nueva medición con un período de tiempo menor. Del mismo modo, a pesar de que la muestra es representativa estadísticamente, el hecho de que el origen de la muestra se circunscriba a Córdoba (España) así como el que sean estudiantes universitarios podría dificultar la extrapolación de los resultados.

En resumen, con los resultados obtenidos se demuestra que la versión española de la Escala de Percepciones Anómalas de Cardiff (CAPS), al igual que la inglesa, es un instrumento de evaluación psicométrica fiable y válido para la medición de las experiencias anómalas en población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. Annual review of clinical psychology. 2010;6:391-419.
2. Carpenter WT. It is time for a new paradigm for the Study of Psychoses. Revista de psiquiatría y salud mental. 2010 Jan;3(1):1-3.
3. Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, et al. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2004 Oct;185:298-305.
4. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. Schizophrenia research. 2001 Apr 30;49(3):269-85.
5. Bleuler E. Demencia Precoz: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Horme, 1960.
6. Kraepelin E. La demencia precoz. Buenos Aires: Polemos, 2008.
7. Allardyce J, Suppes T, Van Os J. Dimensions and the psychosis phenotype. International journal of methods in psychiatric research. 2007;16 Suppl 1:S34-40.
8. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? Schizophrenia research. 2000 Sep 29;45(1-2):11-20.
9. Jabben N, van Os J, Janssen I, Versmissen D, Krabbendam L. Cognitive alterations in groups at risk for psychosis: neutral markers of genetic risk or indicators of social disability? Acta

- psiquiátrica Scandinavica. 2007 Oct;116(4):253-62.
10. López Rodrigo AM, Paino Piñeiro M, Martínez Suárez P, Inda Caro M, Lemos Giráldez S. Alucinaciones en población normal: Influencia de la imaginación y de la personalidad. *Psicothema*. 1996;8(2):269-78.
 11. Ward TA, Gaynor KJ, Hunter MD, Woodruff PW, Garety PA, Peters ER. Appraisals and Responses to Experimental Symptom Analogues in Clinical and Nonclinical Individuals With Psychotic Experiences. *Schizophrenia bulletin*. 2013 Jul 15.
 12. Taylor HE, Stewart SL, Dunn G, Parker S, Bentall RP, Birchwood M, et al. Psychopathology and affect dysregulation across the continuum of psychosis: a multiple comparison group study. *Early intervention in psychiatry*. 2013 Jun 17.
 13. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological medicine*. 2009 Feb;39(2):179-95.
 14. Ian K, Jenner JA, Cannon M. Psychotic symptoms in the general population - an evolutionary perspective. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2010 Sep;197(3):167-9.
 15. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, Sierra-Baigrie S. Experiencias Psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo*. 2009;30(1):63-73.
 16. Nelson B, Fusar-Poli P, Yung AR. Can we detect psychotic-like experiences in the general population? *Current pharmaceutical design*. 2012;18(4):376-85.
 17. Preti A, Cella M, Raballo A, Vellante M. Psychotic-Like or Unusual Subjective Experiences? The role of certainty in the appraisal of the subclinical psychotic phenotype. *Psychiatry research*. 2012 Dec 30;200(2-3):669-73.
 18. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia research*. 2002 Mar 1;54(1-2):59-65.
 19. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychological medicine*. 2010 Dec;40(12):1935-42.
 20. Cannon M. Hearing voices - the significance of psychotic symptoms among young people. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2012 Oct;5(4):214-6.
 21. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*. 2001 Nov;21(8):1125-41.
 22. Zammit S, Kounali D, Cannon M, David AS, Gunnell D, Heron J, et al. Psychotic experiences and psychotic disorders at age 18 in relation to psychotic experiences at age 12 in a longitudinal population-based cohort study. *The American journal of psychiatry*. 2013 Jul 1;170(7):742-50.
 23. Jonas KG, Markon KE. A model of psychosis and its relationship with impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013 Sep;48(9):1367-75.
 24. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): a new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophrenia bulletin*. 2006 Apr;32(2):366-77.
 25. Paino Piñeiro M, López Rodrigo AM, Inda Caro M, Martínez Suárez P, Lemos Giráldez S. Validación externa de dos cuestionarios de esquizotipia. *Psicothema*. 1997;9(1):175-86.
 26. Fonseca-Pedrero E, Santaren-Rosell M, Lemos-Giraldez S, Paino M, Sierra-Baigrie S, Muniz J. Psychotic-like experiences in the adolescent general population. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2011 May-Jun;39(3):155-62.
 27. Lopez-Ibor JJ, Ortiz T, Lopez-Ibor MI. Perception, experience and body identity. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2011 Dec;39(Suppl 3):3-118.
 28. Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(4):1005-22.
 29. López-Illundain JM, Pérez-Nievas F, Otero M. Inventario de experiencias delirantes de Peters (PDI) en población general española: Fiabilidad interna, estructura factorial y asociación con variables demográficas. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2006;34 84-104.
 30. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*. 1985;6: 527-9.
 31. Garcia-Montes JM, Perez-Alvarez M, Soto Balbuena C, Perona Garcelan S, Cangas AJ. Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behaviour research and therapy*. 2006 Aug;44(8):1091-104.
 32. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Sierra-Baigrie S, Villazón-García U. Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade. *Anales Psiquiatría*. 2010;26:41-8.
 33. Álvarez E, Teixeira J, Pueyo A, editors. Evaluación de la personalidad esquizotípica mediante la versión reducida de O-LIFE. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002 Psiquiatríacom 2002.
 34. Medford N, Sierra M, Baker D, David A. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11:92-100.
 35. Lambert MV, Senior C, Fewtrell WD, Phillips ML, David AS. Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *Journal of affective disorders*. 2001 Mar;63(1-3):249-56.
 36. Sierra-Siebert M. Despersonalización: aspectos psicopatológicos. In: Luque R, Villagran J, editors. *Psicopatología descriptiva: Nuevas tendencias*. Madrid: Trotta, 2000; p. 249-64.
 37. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C, et al. Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2003 May;182:428-33.
 38. Lemche E, Surguladze SA, Brammer MJ, Phillips ML, Sierra M, David AS, et al. Multiple Clinical Traits Predict Clinical Diagnosis of Depersonalization Disorder: Implications for DSM-V. *Biological psychiatry*. 2012;72(1):e1-e2.
 39. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004 Jan;39(1):9-18.
 40. Gloor P. Experiential phenomena of temporal lobe epilepsy. Facts and hypotheses. *Brain: a journal of neurology*. 1990 Dec;113:1673-94.
 41. Persinger MA, Healey F. Experimental facilitation of the sensed presence: possible intercalation between the hemispheres induced by complex magnetic fields. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002 Aug;190(8):533-41.
 42. Cook CM, Persinger MA. Experimental induction of the "sensed presence" in normal subjects and an exceptional subject. *Perceptual and motor skills*. 1997 Oct;85(2):683-93.
 43. Persinger MA, Makarec K. Temporal lobe epileptic signs and correlative behaviors displayed by normal populations. *The Journal of general psychology*. 1987 Apr;114(2):179-95.
 44. Makarec K, Persinger MA. Temporal lobe signs: electroencephalographic validity and enhanced scores in special populations. *Perceptual and motor skills*. 1985 Jun;60(3):831-42.