La evaluación de las alucinaciones auditivas: la Escala PSYRATS

J. C. González^a, J. Sanjuán^b, C. Cañete^a, M. J. Echánove^a y C. Leal^b

^aHospital Clínico. Valencia. ^bUnidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Valencia

Evaluation of auditory hallucinations: the PSYRATS scale

Resumen

Introducción. Traducir, adaptar al castellano y estudiar el comportamiento psicométrico de la Escala PSYRATS para la evaluación de las alucinaciones auditivas.

Métodos. Después de adaptar al castellano se aplica dicha escala a una muestra de 80 pacientes. Todos ellos con historia de alucinaciones auditivas, 71 con el diagnóstico de esquizofrenia y nueve con trastorno esquizoafectivo según criterios DSM-IV. Se recogieron datos demográficos y clínicos a través de una entrevista semiestructurada, grabándose a cada paciente en cinta magnetofónica. Para el estudio de la fiabilidad interexaminadores 27 pacientes de la muestra fueron evaluados de forma independiente por los cuatro primeros autores de este artículo. Para el estudio de la validez concurrente se compararon los resultados de esta escala con los de la escala Krawiecka en 60 pacientes de la muestra.

Resultados. En la versión castellana se conservaron los 11 ítems con ligeras modificaciones en dos de ellos. La escala mostró una alta fiabilidad interexaminadores con coeficientes de fiabilidad en los 11 ítems mayores de 0,85. La validez concurrente mostró asimismo una alta asociación entre el ítem de alucinaciones de la escala Krawiecka y la PSYRATS. En el análisis factorial se obtuvieron cuatro factores que explicaron el 62% de la varianza.

Conclusiones. La versión castellana de la PSYRATS es la primera escala adaptada al castellano para el estudio de las alucinaciones auditivas, mostrando excelentes propiedades psicométricas.

Palabras clave: Alucinaciones auditivas. Esquizofrenia. Escala. PSYRATS. Fiabilidad. Validez.

Summary

Introduction. Translate and adapt the PSYRATS Scale for evaluation of auditory hallucinations to Spanish and study the psychometric behavior.

Methods. After being translated into Spanish, the scale was applied to a sample of 80 patients. All had a history of auditory hallucinations, 71 with Schizophrenia and 9 with schizoaffective disorder according to DSM-IV diagnostic criteria. Demographic and clinical data were collected by a semi-structured interview, tape recording the sessions for every patient. For the reliability study, 27 patients of the sample were evaluated independently by the first four authors of this paper. For the study of concurrent validity the results of this scale were compared with those of the Krawiecka scale in 60 patients of the sample.

Results. In the Spanish version, the 11 items were conserved with slight modifications in two of them. The scale showed high reliability with coefficients in the 11 items higher than 0.85. The concurrent validity showed high association between the hallucination item of the Krawiecka scale and the PSYRATS. In the factorial analysis four factors that explained 62% of the variance were obtained.

Conclusions. The Spanish version of the PSYRATS (for hallucinations) is, to our knowledge, the first scale adapted to Spanish for the study of auditory hallucinations, showing excellent psychometric properties.

Key words: Auditory hallucinations. Schizophrenia. Scale PSYRATS. Reliability. Validity.

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones constituyen uno de los temas centrales en la historia de la psicopatología¹, siendo las alu-

cinaciones auditivas uno de los síntomas más frecuentes y característicos de los pacientes con esquizofrenia². En los últimos años ha habido un creciente interés en las alucinaciones auditivas por diversas razones. En primer lugar ha sido posible «capturar» dicho síntoma con técnicas de neuroimagen^{3,4}. En segundo lugar se han diseñado diversas escalas para medir cuidadosamente las características fenomenológicas de dichas alucinaciones^{5,8}. En tercer lugar se han propuesto nuevos modelos para la comprensión de su origen, modelos basados en las redes neurales y el neurodesarrollo⁹, en enfoques neuropsicológicos^{10,11} o en la funcionalidad social¹². Por último,

Correspondencia:

J. C. González y J. Sanjuán
Unidad de Psiquiatría
Departamento de Medicina
Facultad de Medicina
Avda. Blasco Ibáñez, 15
46010 Valencia
Correo electrónico: JOSEGOPI@mail.ono.es

empieza a haber interesantes estudios sobre la posibilidad de una terapia cognitiva específica para los pacientes con alucinaciones auditivas^{15,14}. Las alucinaciones auditivas son consideradas en la actualidad como el paradigma de los síntomas positivos. En general se suelen evaluar como la presencia o ausencia del síntoma, bien se mida éste por escalas globales o atendiendo a los criterios diagnósticos de esquizofrenia (DSM-IV). Sin embargo, algunas propuestas defienden la teoría de que las alucinaciones, al igual que los delirios, no han de concebirse como fenómenos unidimensionales y discretos, sino como puntos de un continuo funcional que va desde la conducta normal a la claramente psicótica. Esta consideración, la dimensional, se apoya en los datos de estudios en población general. Éstos han encontrado una frecuencia variable de alucinaciones en sujetos sin diagnóstico psiquiátrico. Así, Ohayon et al.¹⁵ encuentran una prevalencia del 0,6%, mientras que en otros estudios las cifras se elevan hasta el 25 %¹⁶.

La posibilidad de alucinaciones auditivas en población general está en consonancia con los investigadores que defienden la hipótesis de que dichas alucinaciones son un fenómeno intrínseco del ser humano y que no deben entenderse necesariamente como un fenómeno patológico¹⁷.

Varios instrumentos de calidad psicométrica contrastada se están utilizando para evaluar específicamente las alucinaciones auditivas, profundizando en estos síntomas de forma mucho más metódica que lo que hacen las escalas globales de psicosis. Vamos a revisar a continuación las características generales de estas escalas para centrarnos posteriormente en la versión castellana de la PSYRATS (*The Scale to measure dimensions of hallucinations*) (apéndice D).

REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LAS ALUCINACIONES

Las características de las principales escalas para medir las alucinaciones auditivas aparecen en la **tabla 1**.

Lowe¹⁸ en el año 1973 hizo el primer intento de valorar específicamente las alucinaciones mediante la escala para medir las características fenomenológicas de las alucinaciones. Se trata de una entrevista semiestructurada dividida en varias fases que busca datos que discriminen los tipos y las características de las alucinaciones. Las ventajas de este instrumento se podrían resumir en el hecho de que fue desarrollada para el diagnóstico diferencial y es, por tanto, apropiada no sólo para la esquizofrenia, sino para otras psicosis alucinatorias. Otra ventaja es que valora las alucinaciones en todas sus modalidades. Entre los inconvenientes está el que es una entrevista demasiado larga y que no se ha estudiado psicométricamente.

Años más tarde, Miller et al.¹⁹ añadieron diversos ítems a la escala de Lowe y desarrollaron la escala para la estimación de la fenomenología de las alucinaciones. Los ítems añadidos están relacionados con las disposiciones de los pacientes a sus alucinaciones. La relevancia clínica de este instrumento viene dada, según los autores, porque

la actitud previa puede ayudar a predecir la respuesta al tratamiento. A pesar de su teórico interés en la clínica, este instrumento se ha utilizado escasamente tanto en la práctica como en la investigación posterior.

Junginger y Frame²⁰ construyeron una escala autoaplicativa, la escala para la frecuencia y fenomenología de las alucinaciones verbales. En ella se valoran distintas características de las alucinaciones auditivas, intentando dar una idea global de la severidad de las alucinaciones con ítems como frecuencia, intensidad, claridad y realidad de las alucinaciones. La ventaja principal es que es un método rápido de valoración y que nos da una idea de la mejoría de las alucinaciones con el tiempo. Sin embargo, evalúa menos parámetros de estos síntomas si lo comparamos con otros instrumentos.

Probablemente la escala más utilizada para investigaciones epidemiológicas en población general sea la escala de alucinaciones de Launay y Slade (LSHS)²¹. Esta escala ha sufrido una modificación tras su versión original (1981). Bentall y Slade²² cambiaron la puntuación a un sistema ordinal y reformularon las preguntas de negativo a positivo. Es una escala autoaplicativa compuesta de 12 ítems, partiendo de la hipótesis de que las experiencias alucinatorias forman un continuo con la función psicológica normal. La ventaja de este instrumento está en que supone un método sencillo para medir la prevalencia de anomalías en la percepción en la población general. El mayor inconveniente es que faltan estudios comparados de validación psicométrica y de relevancia de sus datos en la clínica.

Hustig y Hafner²³ formularon la escala para la medición topográfica de las voces. Se diseñó como un instrumento que fuera clínicamente útil para la medición de alucinaciones auditivas y delirios. Consta de 13 ítems que se recogen de manera autoaplicativa midiendo frecuencia, intensidad, claridad, ansiedad e intrusividad. Es adecuado para el estudio de los efectos del tratamiento a largo plazo y podría ser utilizado como coadyuvante de la psicoterapia cognitiva. Permite además estudiar la relación entre las alucinaciones, los delirios y el humor. No hay evidencia, sin embargo, de su adecuación psicométrica.

Otro de los instrumentos específicos de las alucinaciones es el propuesto por Oulis et al.²⁴. Estos autores elaboraron sólo la escala para la estimación de las características clínicas de las alucinaciones auditivas. Consta de 25 ítems examinados a través de una entrevista semiestructurada. A pesar de que aporta una descripción minuciosa de las alucinaciones auditivas, está orientada de forma exclusiva a pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. No conocemos estudios de validación con esta escala.

Carter et al.²⁵ elaboraron un instrumento para evaluar experiencias alucinatorias en su forma auditiva de la forma más completa posible. La MUPS (*The Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Scale*) es una escala que comprende una entrevista semiestructurada con 365 preguntas divididas en siete áreas. Las principales secciones son: 1) características físicas; 2) características personales; 3) relación con las voces; 4) forma y

TABLA 1. Principales escalas para la evaluación de las alucinaciones

<i>Autor/año</i>	<i>N.º ítems</i>	<i>Población de estudio</i>	<i>Comentarios</i>
Lowe, 1973	12	Pacientes con algún tipo de psicosis	Entrevista semiestructurada sobre características fenomenológicas de las alucinaciones
Junginger, 1985	10	Pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico con alucinaciones	Escala autoplicativa que mide la severidad de las alucinaciones
Launay (LHSH), 1985	12	Pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico y población sana	Escala dimensional. Puntúa verdadero o falso a la vulnerabilidad a la alucinación
Hustig, 1990	13	Pacientes esquizofrénicos con alucinaciones auditivas crónicas	Escala autoaplicativa que puntúa de manera ordinal (0 a 5). Adecuada para evaluación del tratamiento a largo plazo
Miller, 1993	23	Pacientes psiquiátricos con alucinaciones	Entrevista semiestructurada de las alucinaciones. Relaciona disposiciones previas hacia las alucinaciones con respuesta al tratamiento
Oulis, 1995	25	Pacientes psicóticos con alucinaciones auditivas	Entrevista semiestructurada que evalúa 25 características diferentes de las alucinaciones auditivas
Carter (MUPS), 1995	365	Pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico con alucinaciones auditivas	Escala desarrollada para la determinación y caracterización de las alucinaciones auditivas
Chen, 1996	11	Pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico con alucinaciones auditivas	Escala multidimensional. Adecuada para investigación biológica
Chouinard (RSPS), 1999	18	Pacientes psicóticos	Escala dimensional que mide alteraciones perceptivas (ilusiones y alucinaciones)
Bunney (SIAPA), 1999	15	Pacientes esquizofrénicos y población sana	Entrevista estructurada para medir anomalías perceptuales y diferenciarlas de las alucinaciones
Haddock (PSYRATS), 1999	11	Pacientes psicóticos	Escala dimensional, enfocada para el tratamiento cognitivo
Chadwick (BAVQ-R), 2000	35	Pacientes psiquiátricos con alucinaciones auditivas crónicas	Escala sobre las creencias, emociones y conducta hacia las alucinaciones auditivas

contenido de las voces; 5) procesos cognitivos; 6) percepciones de la experiencia de oír voces, y 7) asuntos psicosociales relacionados con las voces. Esta escala es sin duda el instrumento más completo para la evaluación de las alucinaciones auditivas. Podría ser útil para aquellos clínicos interesados en investigación cualitativa. El principal problema es que su excesiva extensión la hacen difícil de utilizar tanto en la práctica clínica como en la investigación.

Más recientemente dos autores, Chen y Berrios⁵, propusieron un modelo multidimensional de 11 ítems acerca de las alucinaciones auditivas. Los autores parten del constructo teórico de que a cada síntoma le corresponde una zona cerebral. Es un modelo de gran utilidad en investigación biológica, si asumimos que probablemente la estructura del síntoma es isomórfica con la región cerebral donde se genera la señal.

Bunney et al.⁷ diseñaron la SIAPA (*Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies*). La escala trata de medir las anomalías en la percepción y distinguir las diferencias fenomenológicas entre ellas. La base teórica propuesta por estos autores tiene su eje en la clásica hipótesis del déficit en el filtro atencional de los pacientes esquizofrénicos. Es uno de los pocos estudios de investigación que estima la proporción de anomalías de la percepción en pacientes esquizofrénicos, comparándolos con individuos sanos. Todavía no se han realizado estudios psicométricos con esta escala.

Chouinard et al.²⁶ confeccionaron un escala de evaluación de los síntomas psicóticos, la RSPS (*The Rating Scale for Psychotic Symptoms*), basada en conceptos neurobiológicos relacionados con la recompensa y la atención. Está dividida en tres partes: síntomas de percepción (ilusiones y delirios), síntomas de distracción (experiencias de pasividad y catatonía) y delirios. Se valoran siete ilusiones y once alucinaciones. No conocemos estudios psicométricos con esta escala.

Chadwick et al.²⁷ elaboraron un instrumento que fuera de utilidad en el tratamiento cognitivo de las alucinaciones, el BAVQ-R (*The revised Beliefs About Voices Questionnaire*). Es un cuestionario autoaplicado de las creencias, emociones y conductas sobre las alucinaciones auditivas. Esta escala consta de 35 ítems divididos en cinco subescalas relacionados con varias creencias: malevolencia, benevolencia, omnipotencia, resistencia y obediencia. Como ventajas más significativas destacamos que puede facilitar la comunicación entre pacientes, investigadores y terapeutas y que la naturaleza de sus preguntas la hacen comprensible y fácil de completar. Además es útil como ayuda para la terapia cognitiva en pacientes psicóticos. Su principal limitación es que no valora la frecuencia, claridad, las características, ni el contenido de las voces, focalizándose, quizás en exceso, en las creencias individuales de los pacientes.

Desde nuestro punto de vista el instrumento que evalúa de manera más adecuada las características clínicas

de las alucinaciones auditivas es la Escala PSYRATS. Haddock et al.⁸ crearon esta escala como un instrumento adecuado para medir las dimensiones de las alucinaciones de una forma fácil y comprensible de administrar. Se trata de una escala de 11 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de manera ordinal (de 0 a 5). Los autores elaboraron este instrumento junto a una escala de delirios de 6 ítems con el fin de evaluar la dimensionalidad de los mismos. Se han comunicado datos psicométricos adecuados en lo que se refiere a validez concurrente con la KGV y fiabilidad interexaminadores⁸. La idoneidad de este instrumento, aparte de su fácil manejo, viene dada porque variaciones en las puntuaciones podrían estar reflejando resultados de tratamiento, lo que serviría para optimizar éste según las necesidades de cada paciente.

De todos los instrumentos mencionados, sólo están traducidos y adaptados al castellano escalas generales de evaluación de síntomas psicóticos y no tenemos conocimiento de que se haya realizado ninguna adaptación al castellano para algunas de las escalas específicas aquí revisadas. El presente trabajo tiene como objetivo la validación de la versión castellana de la *escala de evaluación de las alucinaciones* (PSYRATS).

MÉTODOS

Muestra

Las características demográficas y clínicas de los pacientes aparecen en la **tabla 2**.

La muestra estuvo constituida por 80 pacientes, 55 de los cuales eran varones y 25 mujeres, de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (media: 37,7). Todos los pacientes habían sufrido o referían en la actualidad alucinaciones auditivas y todos ellos cumplían criterios DSM-IV para el diagnóstico de psicosis: 71 de esquizofrenia y nueve de trastorno esquizoafectivo. Todos ellos estaban en tratamiento con antipsicóticos en el momento de la evaluación y acudían a consulta psiquiátrica en distintos centros de salud del área sanitaria número 4 de Valencia. A todos los pacientes se les pi-

dió el consentimiento informado para participar en la investigación.

Se establecieron como criterios de exclusión la incoherencia del pensamiento y/o la incapacidad para la comprensión básica de las preguntas a formular.

De la cohorte de 80 pacientes, 27 fueron seleccionados aleatoriamente para realizar la fiabilización interexaminadores, no existiendo diferencias significativas en las características demográficas y clínicas entre este subgrupo y el resto de la muestra. La validez concurrente se efectuó en una submuestra de 60 pacientes.

Procedimiento

En primer lugar se realizó una traducción de la versión inglesa de la subescala PSYRATS. Para ello se solicitó consentimiento informado al primer autor (G. Haddock). Una vez obtenido se llevó a cabo la confección de la versión inicial después de una doble traducción. Para evaluar la comprensión de la versión castellana se aplicó inicialmente a un grupo de ocho pacientes. A partir de los problemas en la comprensión de las preguntas se elaboró la versión definitiva.

Antes de la escala a todos los pacientes se les pasó una entrevista semiestructurada en la que se recogieron datos clínicos, demográficos y relativos al tratamiento. Antes de pasar la escala se les pedía también a los pacientes que describieran espontáneamente tanto el contenido de las voces como las emociones que les provocaban. Seguidamente se les formulaban las preguntas concernientes a la subescala PSYRATS.

Toda esta parte de la entrevista (discurso libre y subescala PSYRATS) fue grabada en cinta magnetofónica a la totalidad de los pacientes. Dicha grabación permitió la discusión de los casos dudosos, facilitando, asimismo, la posibilidad de un análisis cualitativo del discurso de los entrevistados.

Para llevar a cabo el análisis de la fiabilidad interexaminadores se escogió una subpoblación de 27 pacientes, que fueron evaluados de forma independiente por los cuatro primeros autores. El modelo de fiabilidad considerado se basa en el estadístico alfa de Cronbach.

Para estimar la validez concurrente se compararon las puntuaciones de la escala PSYRATS con la versión española de la escala Krawiecka²⁸, siguiendo el mismo procedimiento que los autores de la versión original y utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Se realizó un análisis factorial a los ítems que constituyen la escala con el fin de identificar los factores que subyacen a los mismos y obtener un modelo de dimensionalidad más reducida. El método de extracción de los factores se realizó utilizando los componentes principales y el criterio de selección fue que los valores fueran superiores a la unidad. Finalmente se consideró una rotación varimax de los factores extraídos.

El análisis estadístico se realizó dentro del programa SPSS (v. 10.0)

TABLA 2. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (n = 80)

	Media (N)	Desviación típica (%)
Edad	37,7	10,8
Edad de inicio	24,6	8,4
Sexo		
Varón	55	68,8
Mujer	25	31,3
Diagnóstico DSM-IV		
Esquizofrenia	71	88,8
Trastorno esquizoafectivo	9	11,2

TABLA 3. Análisis de fiabilidad inter examinador es de la Escala PSYRATS (versión española) basado en el modelo alfa de Cronbach

Ítem	Diferencias interexaminadores		
	R4	F	P
Frecuencia	0,869	0,03	0,992
Duración	0,903	0,05	0,986
Localización	0,940	2,90	0,040
Intensidad	0,903	0,72	0,543
Convicción	0,952	2,09	0,108
Contenido negativo	0,866	1,73	0,167
Frecuencia negativa	0,864	1,45	0,234
Frecuencia ansiedad	0,943	0,63	0,596
Intensidad ansiedad	0,923	0,59	0,622
Repercusión	0,921	2,85	0,04
Grado de control	0,889	0,14	0,934

RESULTADOS

Fiabilidad interexaminadores

Los resultados del análisis de la fiabilidad interexaminadores aparecen en la **tabla 3**. Como puede observarse en dicha tabla, los coeficientes de fiabilidad entre los cuatro examinadores para cada uno de los ítems fue superior a 0,8, lo que se considera normalmente óptimo.

Validez concurrente

Tomadas las puntuaciones globales de la escala Krawiecka y de la escala PSYRATS, el coeficiente de correlación (Spearman) entre ambas es de 0,51 (significación 0,0001). Los coeficientes de correlación ítem por ítem y el grado de significación aparecen en la **tabla 4**. Como puede verse en dicha tabla todos los ítems de la Escala PSYRATS correlacionan de forma altamente signi-

ficativa con los ítems de la Escala Krawiecka, que valoran síntomas positivos.

Análisis factorial: dimensiones en las alucinaciones

Los resultados del análisis factorial aparecen en la **tabla 5**. Del total, tres factores presentan un valor propio superior a uno y el cuarto presenta un valor propio de 0,885. Los cuatro factores explican el 62% de la varianza total, lo cual es un porcentaje aceptable.

El factor 1 explica el 29,2% de la varianza total e incluiría los ítems 1, 2, 6, 7, 8 y 9 (frecuencia, duración, cantidad de contenido negativo, frecuencia de contenido negativo, frecuencia de ansiedad e intensidad de ansiedad). Este factor agrupa aspectos referidos a la intensidad del fenómeno alucinatorio y a la vivencia emocional del mismo.

El factor 2 explica el 13,5% de la varianza total e incluiría esencialmente el ítem 11 (grado de control), aunque se suma en una pequeña medida la intensidad de la ansiedad, que aparecía también en el primer factor.

El factor 3 explica el 10,1% de la varianza total y se relacionaría sobre todo con el ítem 3 (localización de las alucinaciones) y secundariamente con el ítem 5 (grado de convicción).

Por último, el factor 4 explicaría el 9,3% de la varianza y estaría asociado exclusivamente al ítem 10 (grado de repercusión).

DISCUSIÓN

Los resultados conseguidos en la fiabilidad y validez avalan la versión de este instrumento para valorar de una manera adecuada las características de las alucinaciones auditivas, así como los cambios producidos con el tratamiento. Las propiedades psicométricas de la Escala PSYRATS de esta adaptación española son equiparables a las de la versión inglesa⁸.

TABLA 4. Coeficiente de correlación de Spearman entre los ítems de la Escala PSYRATS y los de la Escala Krawiecka (n = 60)

	Depresión	Ansiedad	Aplanamiento	Retardo	Delirio	Alucinaciones	Incoherencia	Pobreza
Frecuencia	0,13	0,05	0,07	0,12	0,59**	0,91**	0,06	0,04
Duración	0,15	0,06	0,06	0,11	0,62**	0,92**	0,08	0,02
Localización	0,19	0,12	0,05	0,13	0,5**	0,91**	0,03	-0,04
Intensidad	0,15	0,02	0,01	0,11	0,60**	0,91**	0,06	-0,05
Convicción	0,15	0,07	0,09	0,13	0,65**	0,91**	0,05	-0,04
Contenido negativo	0,20	0,14	-0,01	0,06	0,56**	0,84**	0,05	0,02
Frecuencia negativa	0,23	0,14	-0,04	0,07	0,46**	0,82**	-0,01	-0,01
Frecuencia ansiedad	0,26	0,23	-0,03	0,11	0,46**	0,80**	0,03	0,03
Intensidad ansiedad	0,26	0,24	-0,01	0,13	0,42*	0,77**	0,02	0,09
Repercusión	0,17	0,11	0,02	0,15	0,57*	0,93**	0,10	0,01
Control	0,25	0,09	0,09	0,13	0,56**	0,87**	0,02	-0,04

* Correlación significativa al 0,05. ** Correlación significativa al 0,01.

TABLA 5. Análisis factorial Escala PSYRATS (versión española). Matrices de correlación factores-ítems

Ítem	Factores			
	1	2	3	4
Frecuencia	0,559	—	—	—
Duración	0,590	—	—	—
Localización	—	—	0,812	—
Intensidad	—	—	—	—
Convicción	—	—	0,632	—
Contenido negativo	0,842	—	—	—
Frecuencia negativa	0,826	—	—	—
Frecuencia ansiedad	0,661	—	—	—
Intensidad ansiedad	0,564	0,589	—	—
Repercusión	—	—	—	0,885
Grado de control	—	0,833	—	—
% varianza acumulada	29,2	42,7	52,8	62,1

En relación a la *fiabilidad interevaluadores*, lo primero que hay que reseñar es que la versión original, Haddock et al. la realizaron con una muestra de seis pacientes evaluados de forma simultánea por seis examinadores. En nuestro estudio se evalúan 27 pacientes por cuatro evaluadores. En cualquier caso este estudio mejora, si cabe, los coeficientes obtenidos en la versión original de esta escala, discrepando únicamente en los ítems con puntuaciones más bajas. Nuestros resultados muestran un coeficiente ligeramente menor en los ítems que hace referencia a la frecuencia (general y de contenido negativo), mientras que en la versión de Haddock et al. son los ítems «repercusión en la vida diaria» y «grado de control» los que obtienen índices menores. La menor puntuación en los ítems de frecuencia podría estar relacionada con las dificultades que algunos pacientes exhiben a la hora de precisar la frecuencia (en porcentajes) de las alucinaciones, quizá porque estén más habituados a responder de forma generalizada (por ejemplo, mucho, poco, regular), lo que pudiera hacer que el juicio del entrevistador fuera más importante en estas preguntas.

En lo que se refiere a la validez concurrente, en la versión inglesa la correlación entre el ítem referido a las alucinaciones auditivas en la Escala Krawiecka y la puntuación total de la Escala PSYRATS es significativa, aunque menor a la que nosotros hemos obtenido ($r = 0,32$, $p = 0,03$). Quizá lo más interesante de este apartado en nuestros resultados es la alta significación no sólo con el ítem de las alucinaciones de la Escala Krawiecka (lo que era esperable), sino también con el ítem de los delirios. Esto refleja la dificultad de disociar las alucinaciones auditivas de la ideación delirante en los pacientes esquizofrénicos, a diferencia de lo que ocurre con las alucinaciones secundarias a otras patologías.

En cuanto a los resultados conseguidos con la realización del análisis factorial, nuestros datos difieren algo

TABLA 6. Análisis factorial Escala PSYRATS (versión inglesa). Matrices de correlación factores-ítems. Haddock et al.⁸

Ítem	Factores		
	1	2	3
Frecuencia	—	0,532	—
Duración	—	0,777	—
Localización	—	0,476	0,477
Intensidad	—	0,754	—
Convicción	—	—	0,750
Contenido negativo	0,870	—	—
Frecuencia negativa	0,725	—	—
Frecuencia ansiedad	0,885	—	—
Intensidad ansiedad	0,770	—	—
Repercusión	—	—	0,529
Grado de control	—	—	0,669
% varianza acumulada	25,7	43,9	57,4

de los obtenidos en el estudio inglés (tabla 6). Haddock et al. encuentran tres factores que explican el 57,4% de la varianza. El primer factor agrupa los ítems 6, 7, 8 y 9 (grado y frecuencia de contenido negativo y grado y frecuencia de ansiedad), lo que los autores conceptualizan como ítems emocionales. El segundo factor, formado por los ítems 1, 2, 3 y 4 (frecuencia, duración, localización e intensidad), explica el 18,2% de la varianza y los autores lo agrupan bajo la denominación de ítems de características físicas. El tercer factor está formado por los ítems 3, 5, 10 y 11 (localización, convicción, grado de repercusión y grado de control), que según los creadores de esta escala podrían englobarse como factor de interpretación cognitiva. Estos tres factores no se confirman en nuestro estudio. Sin embargo, si nos ceñimos a las máximas puntuaciones, el primer factor que agrupa ítems emocionales, aparece claramente identificado en el análisis factorial que hemos realizado. Los otros dos factores, características físicas e interpretación cognitiva, no son identificables con nuestros datos. Estas diferencias puede que estén relacionadas con diferencias culturales en la forma de vivir las alucinaciones²⁹ o en el relato cognitivo de las mismas. Puede ser que reflejen simplemente la heterogeneidad de un fenómeno psicopatológico complejo como son las alucinaciones auditivas.

En resumen, la versión que aquí presentamos de la escala PSYRATS es el primer instrumento en castellano para el estudio específico de las alucinaciones auditivas y muestra un excelente comportamiento psicométrico.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Luis Prieto y a Juan Luis Gómez sus consejos y sugerencias en la lectura del borrador de este artículo.

Apéndice I. Escala PSYRATS

Alucinaciones auditivas

Frecuencia de aparición

0. Voces no presentes o presentes menos de una vez por semana.
1. Voces que suceden al menos una vez por semana.
2. Voces que se presentan al menos una vez al día.
3. Voces que se presentan al menos una vez por hora.
4. Voces que se presentan continuamente o casi continuamente, por ejemplo, se paran sólo segundos o minutos.

Duración

0. Voces no presentes.
1. Voces que duran unos cuantos segundos, fugaces.
2. Voces que duran algunos minutos.
3. Voces que duran al menos 1 hora.
4. Voces que duran horas.

Localización

0. Voces no presentes.
1. Voces que se oyen dentro de la cabeza únicamente.
2. Voces fuera de la cabeza, pero determinadas a los oídos o a la cabeza. También podrían oírse dentro de la cabeza.
3. Voces que suenan como dentro o cerca de los oídos y fuera de la cabeza, apartada de los oídos.
4. Voces que suenan sólo fuera de la cabeza.

Intensidad (volumen)

0. Voces no presentes.
1. Más bajas o silenciosas que nuestra propia voz (susurro).
2. Semejantes a nuestra propia voz.
3. Más fuerte que nuestra propia voz.
4. Extremadamente fuerte (gritando).

Grado de convicción del origen de las voces

0. Voces no presentes.
1. Voces generadas sólo internamente y relacionadas con uno mismo.
2. Alguna convicción de que las voces estén originadas por causas externas.
3. Fuerte convicción de que las voces procedan de causas externas.
4. Las voces son únicamente debidas a causas externas (100% de convicción).

Cantidad de contenido negativo de las voces

0. No existencia de contenido negativo de las voces.
1. Contenido desagradable de forma ocasional (<10%).
2. La minoría del contenido de las voces es desagradable o negativo (<50%).
3. La mayoría del contenido de las voces es desagradables o negativo (>50%).
4. Todo el contenido de las voces es desagradable o negativo.

Frecuencia de contenido negativo de las voces

0. No desagradable o negativo.
1. Algún grado de contenido desagradable o negativo, pero no relacionados con uno mismo o su familia, por ejemplo, tacos o comentarios no dirigidos a uno mismo: «el lechero es feo».
2. Insultos personales, comentarios sobre el comportamiento, por ejemplo: «no deberías hacer o decir eso».

3. Insultos personales relacionados con la autovaloración personal, por ejemplo, «eres perezoso», «eres malo», «pervertido».
4. Amenazas personales; por ejemplo, amenazas de hacerle daño a él o a su familia, órdenes de autoleisionarse o lesionar a otros.

Frecuencia con la que producen ansiedad

0. Las voces no producen ansiedad.
1. Sólo ocasionalmente producen ansiedad.
2. Sólo producen ansiedad en algunas ocasiones.
3. Producen ansiedad la mayoría de las veces.
4. Las voces producen ansiedad siempre.

Intensidad de ansiedad

0. Las voces no producen ansiedad.
1. Las voces provocan poca ansiedad.
2. Las voces producen ansiedad en grado moderado.
3. Las voces producen mucha ansiedad, aunque el sujeto pueda permanecer tranquilo.
4. Las voces producen una ansiedad extrema, sintiéndose el sujeto muy mal.

Repercusión en la vida diaria causada por las voces

0. No existencia de repercusión, es capaz de mantener relaciones sociales y familiares.
1. Las voces causan una mínima repercusión en la vida del sujeto; por ejemplo, interferencia en la concentración, aunque es capaz de mantener actividad diaria, relacionarse social y familiarmente y ser capaz de mantener independencia sin apoyo.
2. Las voces causan una repercusión moderada, provocando alguna alteración en la actividad diaria y en la familia o en las actividades sociales. El paciente no está hospitalizado, aunque puede vivir en residencias de apoyo o recibir ayuda adicional en el desarrollo de habilidades diarias.
3. Las voces causan una repercusión severa, por lo que la hospitalización es necesaria. El paciente es capaz de mantener algunas actividades diarias, cuidarse por sí mismo y relacionarse en el hospital. Podría también estar en alojamientos de apoyo, pero experimenta importantes trastornos en términos de actividades, desarrollo de habilidades y/o relaciones.
4. Las voces causan una completa alteración de la vida diaria, requiriéndose hospitalización. El paciente es incapaz de mantener ninguna actividad diaria ni de relacionarse. También están severamente alterados los cuidados propios.

Control sobre las voces

0. Los pacientes creen que pueden controlar las voces, atrayéndolas o disipándolas (rechazándolas).
1. El sujeto cree poder tener algún control de las voces en la mayoría de las ocasiones.
2. Control de las voces la mitad del tiempo aproximadamente.
3. El sujeto cree tener control de las voces, pero sólo ocasionalmente; la mayoría del tiempo el sujeto experimenta voces que no puede controlar.
4. El sujeto no tiene control sobre las voces y no puede rechazarlas o atraerlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ey H. *Traité des hallucinations*. París: Masson; 1973.
2. Frangou S, Murray RM. Imaging as a tool in exploring the neurodevelopment and genetics of schizophrenia. *Br Med Bull* 1996; 52(3):587-96.
3. McGuire PK, Shah GM, Murray RM. Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet* 1993;342(8873):703-6.
4. Weiss AP, Heckers S. Neuroimaging of hallucinations: a review of the literature. *Psychiatry Res* 1999;92(2-3):61-74.
5. Chen E, Berrios GE. Recognition of hallucinations: a new multidimensional model and methodology. *Psychopathology* 1996;29(1):54-63.
6. Frederick JA, Killeen MR. Instruments for assessment of auditory hallucinations. *Arch Psychiatr Nurs* 1998;12(5):255-63.
7. Bunney WE Jr, Hetrick WP, Bunney BG, Patterson JV, Jin Y, Potkin SG, et al. Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA). *Schizophr Bull* 1999;25(3): 577-92.
8. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine* 1999;29:879-88.
9. Hoffman RE, McGlashan TH. Synaptic elimination, neurodevelopment, and the mechanism of hallucinated «voices» in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997;154(12):1683-9.
10. Frith C. How hallucinations make themselves heard. *Neuron* 1999;22(3):414-5.
11. David AS. Thought echo reflects the activity of the phonological loop. *Br J Clin Psychol* 1994;33 (Pt 1):81-3.
12. Behrendt RF. Underconstrained perception: a theoretical approach to the nature and function of verbal hallucinations. *Comprehensive Psychiatry* 1998;39:236-48.
13. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: the Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry* 1995;166(6):773-6.
14. Jenner JA, van de Willige G, Wiersma D. Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: a retrospective study of attenders of a psychiatric out-patient department. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(5):384-9.
15. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological association in the general population. *Psychiatry Res* 2000;27(2-3):153-64.
16. Aleman A, Nieuwenstein MR, Böcker KBE, de Haan EHF. Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of the launay-slade hallucination scale in a normal sample. *Person Indiv Diff* 2001; 30:287-92.
17. Leudar I, Thomas Ph. *Voices of reason, voices of insanity*. London: Routledge; 2000.
18. Lowe GR. The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis. *Br J Psychiatry* 1973;123(577):621-33.
19. Miller LJ, O'Connor E, DiPasquale T. Patients' attitudes toward hallucinations. *Am J Psychiatry* 1993;150(4):584-8.
20. Junginger J, Frame CL. Self-report of the frequency and phenomenology of verbal hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 1985;173(3):149-55.
21. Launay G. SP. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Person Indiv Diff* 1981;2:221-34.
22. Bentall RP. SPD. Reliability as a scale measuring disposition towards hallucination: a brief report. *Person Indiv Diff* 1985;6(4):527-9.
23. Hustig HH, Hafner RJ. Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(4):264-7.
24. Oulis PG, Mavreas VG, Mamounas JM, Stefanis CN. Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(2):97-102.
25. Carter DM, Mackinnon A, Howard S, Zeegers T, Copolov DL. The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophr Res* 1995;16(2):157-65.
26. Chouinard G, Miller R. A rating scale for psychotic symptoms (RSPS). Part I: theoretical principles and subscale 1: perception symptoms (illusions and hallucinations). *Schizophr Res* 1999;38(2-3):101-22.
27. Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry* 2000; 177:229-32.
28. Pérez Fuster A, Ballester Gracia M, Girón Giménez M, Gómez Beneyto M. Factorial structure and internal consistency of the psychiatric evaluation scale of Krawiecka. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1989; 17(1):25-31.
29. Al-Issa I. Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychol Bull* 1977;84(3):570-87.