

TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE QUEJAS COGNITIVAS EN ESQUIZOFRENIA

SPANISH TRANSLATION AND SELF-ASSESSMENT SCALE VALIDATION ON COGNITIVE COMPLAINTS IN SCHIZOPHRENIA

Recibido: 1 de marzo de 2013/Aceptado: 30 de octubre de 2013

DANIEL SERRANI AZCURRA*

Universidad Nacional de Rosario - Argentina

Key words:

Schizophrenia, Cognitive impairment, Subjective complaints.

Abstract

The aim of the study from which this research paper derives is to translate into Spanish and to validate the Self-Assessment Scale of Subjective Cognitive Complaints in Schizophrenia (SAS-CCS). A reverse translation was made from the original scale based on 5 factors (memory, attention, executive functions, language and practice) with 21 items and its psychometric properties were analyzed on 157 schizophrenic outpatients using factorial analysis that offered two scales with 5 and 6 factors, this last factor being the one which better adjusts. The factors were named semantic memory, working memory, difficulties in everyday life, metacognition, executive skills and distractibility. Convergent validity was assessed with several instruments that confirmed its reliability (Cronbach alpha coefficient= .89, intra-class correlation coefficient= .87). SCCS is a useful instrument to assess subjective cognitive complaints in schizophrenic patients, allowing them to express those cognitive matters that interfere with their quality of life.

Palabras clave:

Esquizofrenia, Deterioro cognitivo, Quejas subjetivas.

Resumen

El objetivo del estudio del que deriva este artículo de investigación consistió en traducir al español y validar la Escala de Autoevaluación de Quejas Cognitivas Subjetivas en Esquizofrenia (EQCE), se realizó la traducción revertida de la escala original, que cubre cinco dominios (memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje y praxias) con 21 ítems, y se analizaron sus propiedades psicométricas en 157 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia. Todo esto, mediante un análisis factorial que ofreció dos escalas con 5 y 6 factores, esta última con mejor ajuste. Los factores se denominaron Memoria semántica, Memoria de trabajo, Dificultades en la vida cotidiana, Metacognición, Habilidades ejecutivas y Distractibilidad. La validez convergente se estudió con varios instrumentos que confirmaron su confiabilidad (alfa de Cronbach= .89, coeficiente de correlación intra-clase= .87). Se concluyó que el EQCE es un instrumento útil para evaluar quejas subjetivas de cognición en pacientes con esquizofrenia, pues permite expresar las dificultades cognitivas que interfieren en su calidad de vida.

Referencia de este artículo (APA):

Serrani, D. (2013). Traducción al español y validación de la escala de autoevaluación de quejas cognitivas en esquizofrenia. En *Psicogente*, 16(30), 324-344.

* Médico, Profesor Departamento de Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
Email: danielserrani@argentina.com

INTRODUCCIÓN

Está comprobado que la esquizofrenia se asocia con múltiples déficits cognitivos (Rajji *et al.*, 2013; Kitchen *et al.*, 2012), que pueden tener consecuencias en otras áreas de la personalidad y la vida social del sujeto (Fiszdon *et al.*, 2013). Los pacientes con esquizofrenia crónica presentan un nivel de deterioro que alcanza entre uno y medio hasta dos desviaciones estándares por debajo de los controles normales en varios dominios claves de la cognición (Demjaha, MacCabe & Murray, 2012), especialmente en memoria verbal, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, atención, funciones ejecutivas y fluencia verbal (Gold & Dickinson, 2013). Estos pacientes también son una fuente frecuente de quejas que los hacen puntuar más alto que sujetos normales en cuestionarios de disfunción cognitiva (Moritz *et al.*, 2004). Los déficits cognitivos contribuyen de manera importante a su deterioro funcional y social (Hofer *et al.*, 2005), así como en su vida cotidiana y en los síntomas positivos y negativos, asociándose a peores resultados (Bodnar *et al.*, 2008). Posiblemente, estos déficits representan un rasgo central de la esquizofrenia y no un simple resultado de los síntomas o de la medicación para su tratamiento (Cuesta *et al.*, 2012; Green *et al.*, 2004). Además, tienen un fuerte impacto funcional sobre los resultados (McClure *et al.*, 2013), ya que correlacionan con pobres habilidades funcionales, incluyendo la adquisición de destrezas, resolución de problemas y la vida en comunidad (Tolman & Kurtz, 2012; Kurtz & Tolman, 2011; Cohen *et al.*, 2006).

Por otra parte, los déficits neurocognitivos son el predictor independiente más robusto del funciona-

miento en la vida real (Bowie *et al.*, 2010). El número de publicaciones sobre estas alteraciones en esquizofrenia ha crecido exponencialmente en los últimos años, y al mismo tiempo se ha desarrollado una serie de técnicas cada vez más sofisticadas para la exploración clínica de estas funciones (Tastet *et al.*, 2012). No obstante, se sabe poco sobre el modo en que los pacientes con esquizofrenia perciben sus déficits cognitivos: si son capaces de producir una meta-cognición sobre estos, si pueden captar el grado de influencia de estos déficits sobre su funcionamiento psicosocial, si realizan quejas sobre su memoria a los agentes de salud tratantes o si solicitan atención específica para remediar estos déficits. En estos pacientes, también se ha reconocido un pobre grado de introspección o *insight* en comparación con la población general y otros trastornos mentales, que afectan aproximadamente al 60 % de los pacientes, como el relacionado con una pobre adherencia al tratamiento (Bengochea *et al.*, 2010).

Precisamente, las dificultades en la introspección se asocian a falta de adherencia con el tratamiento, estimada en un nivel del 42 % entre los pacientes esquizofrénicos, así como con un amplio rango de consecuencias adversas, tales como aumento de las recaídas y re-hospitalizaciones (Bayard *et al.*, 2009; Linden *et al.*, 2001). De modo tradicional, el estudio de los síntomas subjetivos de los pacientes con esquizofrenia se limitaba a las alucinaciones y los delirios (Schultze-Lutter, 2009), pero, a medida que se ha incrementado el conocimiento de su importancia sobre la evolución y la comprensión de la enfermedad, las experiencias subjetivas anormales se han ampliado hacia otros campos (Bianchini *et al.*, 2012; Mishara *et al.*, 2013). Desde un punto de vista his-

tórico, el primer autor en describir la experiencia subjetiva de un paciente con esquizofrenia fue Hüber (1957), quien introdujo el término de 'síntomas básicos' para designar los primeros síntomas de esquizofrenia que representan la base sobre la cual se desarrollan el resto de las manifestaciones. Estos síntomas no incluyen las anomalías de conducta o deterioro verbal que se pueden evaluar objetivamente, ya que en efecto son referidos por los pacientes que los describen como experiencias subjetivas de déficits, comprendiendo la pérdida de energía y motivación (Kim *et al.*, 2010), disfunciones motoras, sensaciones corporales anormales, procesos cognitivos alterados, dificultades para experimentar emociones y vulnerabilidad a las situaciones estresantes (Cuesta *et al.*, 1996).

Los síntomas básicos son evaluados por múltiples escalas, como: la Escala de Bonn (Schultze-Lutter *et al.*, 2007), la Escala de Quejas de Frankfurt (Stip *et al.*, 2003), la Escala de Experiencias Subjetivas de Déficit (Jaeger *et al.*, 1990), la Entrevista sobre Experiencias Subjetivas (Cutting & Dunne, 1989), la Escala de Síndrome de Déficit Subjetivos (Jaeger *et al.*, 1990) y el Inventario Ependorff sobre Esquizofrenia (Mass *et al.*, 2005). Cada una de ellas investiga diferentes aspectos de la experiencia subjetiva de la esquizofrenia que incluyen las disfunciones cognitivas, pero no se enfocan específicamente en estas últimas. En un reciente estudio de revisión, se encontraron 26 artículos en los cuales se utilizaron 14 escalas diferentes para evaluar la percepción subjetiva sobre los déficits cognitivos en la esquizofrenia, entre estas la más usada fue la Escala Subjetiva para Investigar la Cognición en la Esquizofrenia (ESCE) (Stip *et al.*, 2003). Además, del total de escalas, 12 fueron autoadministradas y dos fueron administradas por

el entrevistador, 7 fueron diseñadas para ser usadas en pacientes con esquizofrenia, una para pacientes con psicosis, una para sujetos con déficits cognitivos y cinco para pacientes con diagnóstico no especificado, en tanto que 11 escalas cubrieron más de un dominio cognitivo (Homayoun *et al.*, 2011). Sin embargo, la mayoría de los estudios citados arrojaron resultados no concluyentes, desde falta de afectación de la capacidad de introspección y de *insight* en esquizofrenia hasta cognición intacta. Del mismo modo, en los 10 estudios que usaron la escala ESCE se obtuvieron resultados inconsistentes y que difirieron entre sí.

Por otra parte, también se usaron numerosas medidas objetivas para comparar los resultados subjetivos, desde la escala Positive and Negative Symptom Scale Interview (PANSS; Kay *et al.*, 1987) hasta la evaluación con lápiz y papel de la escala Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (Keefe *et al.*, 2004), así como baterías neuropsicológicas computarizadas, como el Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (Fray *et al.*, 1996), aumentando así aún más la heterogeneidad en los estudios y acrecentando las dificultades de comparación. Sumado a esto, no se encontraron datos confiables sobre traducción y validación de estos instrumentos al español. La Escala Autoadministrada de Evaluación de Quejas Subjetivas en Esquizofrenia (Johnson *et al.*, 2009) demostró poseer una confiabilidad muy buena con un coeficiente Alfa de Cronbach de .85, además de alta consistencia interna y coeficiente de correlación intra-clase de .77 a las 11 semanas. En un análisis de componentes con rotación Oblimin, esta escala presentó una estructura de seis factores que dieron cuenta de un 58,28 % de la variancia total. Por otra parte, la Escala Subjetiva para Investigar la Cognición en Esquizofrenia

(SSTICS) (Stip *et al.*, 2003) evalúa de manera específica los síntomas cognitivos subjetivos. Sus propiedades psicométricas se han evaluado en una población de 114 pacientes esquizofrénicos franco-parlantes, mostrando una excelente consistencia interna, con un valor de alfa de .88 para el puntaje global, y un rango que osciló entre .57 y .72 para las subescalas. En este caso, la estabilidad a lo largo del tiempo fue muy buena y el análisis de componentes principales mostró una estructura múltiple, en tanto las correlaciones entre los puntajes subjetivos y las evaluaciones objetivas fueron significativas para todos los dominios, con valores que oscilaron entre .76 y .87. En general, la escala demostró poseer adecuadas propiedades para detectar los síntomas cognitivos subjetivos en esquizofrenia, no obstante lo cual su versión original en inglés no ha sido validada. Este último instrumento fue el que se tomó en este trabajo para su traducción al español y validación en una población de pacientes esquizofrénicos, con el objetivo de investigar sus quejas cognitivas subjetivas.

MÉTODO

Participantes

Se reclutaron 157 participantes concurrentes a un centro de salud mental comunitaria, quienes cumplieran con los criterios del DSM IV para trastorno de esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1994) (subtipo indiferenciado, $n = 23$; subtipo paranoide, $n = 64$; subtipo hebefrénico, $n = 12$; subtipo residual, $n = 23$) o trastorno esquizoafectivo (subtipo bipolar, $n = 28$; subtipo depresivo, $n = 7$). Los criterios de inclusión fueron: que tuvieran un nivel educativo mínimo de seis años; que no padecieran retraso mental, tumor cerebral, epilepsia,

enfermedades sistémicas, trauma craneano, cirugía cerebral, abuso de sustancias; que no hubieran recibido terapia electroconvulsiva; y que hubieran mantenido sin modificaciones la medicación habitual durante las últimas cuatro semanas. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética Local.

Medidas sociodemográficas

Se recabaron los siguientes datos sociodemográficos: edad, género, años de educación, estado civil, ocupación, duración de la enfermedad, número de hospitalizaciones, periodo internado durante estas y medicación administrada (Tabla 1). Esta información es particularmente relevante si se tiene en cuenta que las dificultades sociales, el nivel ocupacional y la duración de las internaciones y los episodios afectan los resultados de las evaluaciones y del tratamiento, especialmente en los sujetos más jóvenes (Hoffmann *et al.*, 2003; Honkonen *et al.*, 2007; Haro *et al.*, 2008).

Instrumentos

Se realizó la traducción al español (Anexo 1) de la versión original en inglés de la Self Assessment Scale of Subjective Cognitive Complaints in Schizophrenia (SASCCS) y la traducción revertida al inglés. Luego de analizar el grado de coincidencia entre ambas versiones, el coeficiente de concordancia entre evaluadores fue de alfa 0.87 (Gil *et al.*, 2009). La Escala de Autoevaluación de Quejas Cognitivas Subjetivas en Esquizofrenia (EQCE) consta de 21 preguntas que cubren los cinco dominios más afectados en pacientes con esquizofrenia: memoria, atención, funciones ejecutivas, lenguaje y praxias (Seco *et al.*, 2010). Ella evalúa memoria de trabajo

(ítems 1 y 2), episódica (ítems 3 hasta 9) y semántica (ítems 10 y 11); distractibilidad (ítem 12), alerta (ítem 13), atención selectiva (ítem 14), atención dividida (ítem 15) y atención sostenida (ítem 16); planificación (ítem 17), organización (ítem 18) y flexibilidad (ítem 19). Finalmente, dicha escala evalúa lenguaje (ítem 20) y praxias (ítem 21).

Para la validación convergente, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) (Rey, 1964), que evalúa memoria de corto plazo, tasa y estrategias de aprendizaje, interferencia proactiva y retroactiva, confabulaciones, retención de información y diferencias entre aprendizaje y recuperación. En su aplicación, se administran 15 palabras en cinco ensayos para ser repetidas y luego se mezclan con otras 15 palabras no aprendidas para volver a evaluar memoria a los 30 minutos. Tiene una validez de .70 para la lista A y .38 para la recuperación de la lista B, con una validez test-retest de .55.
- Controlled Oral Word Association Test (fluencia verbal) (COWAT) (Spreen & Benton, 1969), que evalúa la fluencia verbal durante un minuto. Tiene una confiabilidad test-retest de .78 y un coeficiente de validez con valor Alfa de Cronbach de .86.
- Trail Making Test A y B (TMT) (Read, 1988). Evalúa atención, velocidad y flexibilidad mental, organización espacial, reconocimiento y recuerdo. La parte A requiere conectar 25 números, mientras que la B exige alternar entre números y letras. Se controla el tiempo requerido para completar la prueba. Tiene alta confiabilidad test-retest y validez (coeficiente alfa=.86).
- Escala PANSS (Kay *et al.*, 1987). Consta de 30 ítems con puntuación de 1 (ausente) a 7 (extremo) y tres subescalas: positiva (PANSS-P) y negativa (PANSS-N) con 7 ítems cada una, y psicopatología general (PANSS-PG) con 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. De acuerdo con el modelo de cinco factores, también se calcularon separadamente el factor 4 (depresión) y G12 (juicio general y falta de *insight*) (Lindenmayer *et al.*, 1995). La escala presenta buena validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, 0,83 para la negativa y 0,87 para psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación intraclass de alrededor de 0,80 para las tres subescalas (Peralta & Cuesta, 1994).
- Simpson-Angus Extrapiramidal Symptoms Scale (SAS) (Simpson & Angus, 1970), que evalúa los síntomas extrapiramidales y contiene 10 ítems: marcha, caída de brazos, sacudida de hombros, rigidez del codo y muñeca, pendulación de piernas, caída de cabeza, reflejo glabellar, temblor y salivación, con puntajes de 0 a 4 y un puntaje total mayor de 0,3 considerado dentro del rango normal. Ha mostrado validez clínica y alta confiabilidad entre evaluadores (.98).
- Escala de Depresión del Center for Epidemiological Studies (CES-D) (Sawyer Radloff, 1977). Es una escala de autoevaluación que mide los síntomas depresivos, tiene alta consistencia interna y adecuados valores test-retest. La confiabilidad, validez y estructura factorial han sido confirmados

en varios estudios epidemiológicos, con excelente consistencia interna ($\alpha=0.93$) y discriminación significativa entre puntajes extremos ($z=-3.695$, $p<0.001$).

- Escala Global de Funcionamiento (GAF) (Endicott *et al.*, 1976). Valora la actividad global con un único ítem que puntúa en una escala de 0 a 100. Debe ser hetero-administrada y tiene un coeficiente de correlación intra-clase entre 0,61 y 0,91; y alta validez concurrente.

Procedimiento

El diagnóstico clínico de los pacientes se realizó con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM III-R (Spitzer *et al.*, 1993), y todas las escalas fueron administradas por un investigador experimentado, quien resolvió las dudas sobre el significado de los ítems de la EQCE, especialmente el 13, 15, 18 y 19. Estos últimos eran difíciles de comprender por los pacientes, ya que para su evaluación se debía tomar en cuenta la participación en el contexto de actividades cotidianas, un área pobremente desarrollada en el caso de los pacientes con esquizofrenia, con una vida monótona, altamente regulada y con escasas variaciones (Semkovska *et al.*, 2004). En todo momento, se buscó mantener la sencillez y claridad de conceptos, con el objetivo de que fueran fácilmente comprendidos por los participantes. A estos se les solicitó que leyeran cada pregunta, luego de lo cual debían estimar con qué frecuencia habían ocurrido las situaciones planteadas en su propia vida, a través de una escala tipo Likert, desde 4 (muy frecuente) hasta 0 (nunca). El resultado total de la EQCE se calculó por medio de la suma directa de los puntajes en cada ítem, de modo que los valores más altos correspondieron a una

mayor queja del paciente sobre sus déficits cognitivos. El tiempo promedio para completar la escala fue de 18 minutos.

Análisis estadístico

Para encontrar los factores de primer orden, se realizó un análisis factorial exploratorio a través del método de componentes principales con una rotación ortogonal Varimax para maximizar las diferencias; y luego, una rotación oblicua (Oblimin) de segundo orden, para detectar dimensiones no correlacionadas con todas las variables que componen el cuestionario EQCE (Kaiser, 1963). Los ítems debían cumplir los siguientes requisitos: valor propio mayor o igual a la unidad; saturación (carga factorial) igual o superior a 0,40; que las preguntas no tuvieran cargas similares en distintos factores y agruparlas en un ítem dentro del factor con mayor saturación. También debían: poseer congruencia conceptual con relación a todas las preguntas incluidas en un factor; estar conformado al menos por dos preguntas, a excepción de factores con alto coeficiente de consistencia interna; y tener confiabilidad superior a 0,50. Cada uno de los ítems se valoró con una escala Likert de cuatro puntos, desde 4=muy frecuente hasta 0=nunca, y la puntuación total varió desde 21 hasta 84, con los puntajes más altos, indicando mayores dificultades en la cognición. Se efectuó un análisis estadístico de los ítems, calculando media, desviación típica, correlación ítem-total y Alfa de Cronbach sin el ítem. El poder discriminativo se calculó analizando la diferencia de medias entre los cuartiles superior e inferior del rango de respuestas, con una correlación entre el ítem y la escala no inferior a 0,50. También se efectuó un test de Scree Plot. Los análisis de correlación se llevaron a cabo con el coeficiente de

Pearson cuando los datos tenían una distribución normal; de lo contrario, se calculó el rango de correlación de Spearman. La significación estadística se fijó en $p = 0,01$ (dos-colas). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 157 participantes. La composición demográfica y los resultados de los instrumentos empleados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en estudio

Variable	Hombres (n= 97) Media(DE)	Mujeres (n= 60) Media (DE)	F (p<.01)
Edad (años)	25 (5,4)	27,2 (4,1)	.34
Educación (años)	10,6 (4,5)	11,1 (3,8)	.21
Estado civil [n (%)]			
Soltero	36 (64)	20 (36)	.04
Casado	30 (43)	39 (57)	.16
Divorciado	20 (62,5)	12 (37,5)	.09
Ocupación [n (%)]			
Desocupado	15 (71)	6 (29)	.08
Empleado	57 (65,5)	30 (34,5)	.04
Estudiante	22 (49)	25 (51)	.46
Pensionado	1	1	-
Duración enfermedad (años)	9,7 (3,1)	9,9 (2,8)	.41
Número de hospitalizaciones	4 (1,6)	5 (1,9)	.35
Tiempo hospitalización (semanas)	17,8 (3,4)	21,3 (2,8)	.29
Medicación [n (%)]			
Neurolépticos generación 1°	31 (54)	26 (46)	.32
Neurolépticos generación 2°	58 (58)	42 (42)	.36
Equivalente dosis CPZ	582,23 (154)	479,34 (147)	.41
Instrumentos			
PANSS total	50,32 (7,25)	47,31 (5,95)	.33
PANSS positivo	11,16 (3,12)	10,23 (2,23)	.27
PANSS negativo	13,39 (5,71)	9,29 (2,19)	.03
PANSS psicopatología	28,20 (3,50)	29,31 (4,38)	.21
PANSS G12 (<i>insight</i>)	5,14 (1,49)	2,21 (0,37)	.02
PANSS F4 (depresión)	7,27 (2,03)	7,12 (1,93)	.43
GAF (media/DE)	67,31 (14,22)	70,02 (13,56)	.37
CES-D (media/DE)	18,35 (9,34)	19,31 (7,49)	.48
EQCE	27,83 (16,29)	26,21 (12,42)	.38
SAS	3,76 (.94)	3,87 (.88)	.23
RAVLT Recuerdo	2,72 (.84)	3,78 (.87)	.08
RAVLT 5 ensayos	3,54 (.27)	3,98 (.43)	.13
RAVLT Reconocimiento	4,13 (.45)	5,76 (.47)	.05
COWAT	8,87 (2,65)	9,76 (2,62)	.11
TMT A	37,1 (12,2)	32,76 (11,9)	.25
TMT B	122,23 (48,2)	107,45 (34,9)	.04

[n (%): número y porcentaje, CPZ. Clorpromazina; PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia; DE: Desviación Estándar; GAF: Escala Global de Funcionamiento; CES-D: Escala de Depresión del Center for Epidemiological Studies; EQCE: Escala de Autoevaluación de Quejas Cognitivas Subjetivas en Esquizofrenia; SAS: Simpson-Angus Scale; RAVLT: Rey Auditory Verbal Learning Test; COWAT: Controlled Oral Word Association Test; TMT: Trail Making Test

Consistencia del instrumento

Se efectuó un análisis estadístico de los ítems de la escala, identificando las medidas de tendencia central y dispersión de la prueba, y calculando media, desviación típica, correlación ítem-total y Alfa de Cronbach sin el ítem (Tabla 2).

có por debajo del punto medio de la escala en 9 ítems (2, 3, 5, 9, 10, 14, 15, 16, 21), en tanto que los valores de las desviaciones típicas se situaron por encima de 1 (entre 1,12 en el ítem 5 y 1,31 en el 16). La correlación entre ítem y la puntuación total de la escala no arrojó ningún ítem por debajo del valor deseable de 0,50.

Tabla 2. Estadísticas de los ítems

Estadísticas de la escala total	N=157	media=27,83 mediana=24	(DE=16,29)	α de Cronbach=.89
	Media	Mínimo	Máximo	Rango
Media de ítems	2,45 (DE = 1,14)	1,28	3,51	2,23
Varianza de ítems	1,35	0,76	2,21	1,45
Correlaciones inter-ítems	0,59	0,42	0,78	0,46
Estadísticas ítems	Media	DE	Riicorregido	Q sin el ítem
Ítem 1	2,46	1,02	0,41	0,81
Ítem 2	2,27	1,21	0,49	0,69
Ítem 3	2,18	1,11	0,42	0,72
Ítem 4	3,01	1,51	0,45	0,65
Ítem 5	2,36	1,28	0,42	0,82
Ítem 6	3,12	1,48	0,52	0,72
Ítem 7	2,76	1,49	0,41	0,81
Ítem 8	3,12	1,01	0,47	0,67
Ítem 9	2,35	0,98	0,57	0,87
Ítem 10	2,36	0,76	0,51	0,91
Ítem 11	3,23	1,89	0,43	0,63
Ítem 12	3,04	1,78	0,58	0,98
Ítem 13	3,11	1,02	0,68	0,78
Ítem 14	2,14	0,79	0,47	0,87
Ítem 15	2,02	0,67	0,50	0,70
Ítem 16	2,34	0,80	0,48	0,88
Ítem 17	2,79	0,76	0,41	0,91
Ítem 18	2,92	0,69	0,41	0,51
Ítem 19	2,83	0,67	0,43	0,93
Ítem 20	2,69	0,22	0,49	0,89
Ítem 21	2,41	0,93	0,55	0,65

Rii: relación inter-ítem, Q sin el ítem: carga sin el ítem

Los valores totales de la escala oscilaron entre 0 y 84 (media= 27,83, DE= 16,29; mediana = 24). El valor medio de ítems fue 2,45 (DE= 1,14), oscilando entre 1,28 (ítem 5) y 3,51 (ítem 17). La respuesta media se ubi-

Por otra parte, la diferencia entre los cuartiles superior e inferior de respuestas a ítems fue significativa ($F(141)= 12,24$; $p < 0.01$), indicando buen poder discriminativo. Además, la distribución de frecuencias

para las opciones de respuesta a los ítems de la escala fue homogénea, y coincidieron en menos del 75 % de los casos. La distribución de los puntajes totales resultó normal y homocedástica por las pruebas de Kolmogorov-Smirnov ($Z = 1.157$; $p < 0.012$) y Levene ($F = 1.482$; $p < 0.020$), con promedio de Skewness = -0.05 y de Curtosis = 0.11 , por lo que no se realizó ningún procedimiento de transformación de los ítems.

Por último, el análisis de la idoneidad de los datos mediante adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.890$) y una prueba de esfericidad de Barlett significativa ($\chi^2 = 1478.92$; $p < 0.001$) indicaron la viabilidad de los criterios para ser sometidos al análisis factorial. Se incluyeron los ítems con saturación $> 0,50$, comunalidad $> 0,5$ o alto coeficiente de correlación alfa.

Confiabilidad Test-retest

Este aspecto se evaluó dentro de un subgrupo de 27 pacientes con un intervalo promedio de 90 días ($DE = 47$). El coeficiente de correlación intra-clase fue de $0,87$ ($p = 0.001$), sugiriendo buena estabilidad a lo largo del tiempo.

Validez interna

Inicialmente, se empleó el análisis de componentes principales con rotación ortogonal Varimax como método de extracción de factores, basados en los criterios de Kaiser. Se buscó maximizar la distancia entre factores, que debían tener un autovalor mayor de 1, siempre que la variancia total explicada superara el 50 %. Debido al

consenso obtenido en estudios anteriores con el modelo de cinco factores para la esquizofrenia (Wallwork *et al.*, 2012; Lindenmayer *et al.*, 2010), se exploró un modelo de cinco factores para la escala PANSS: 1- Negativo, 2- Positivo, 3- Excitación, 4- Depresivo, 5- Desorganizado (Cognitivo). El factor cognitivo y el de depresión tuvieron respectivamente los siguientes valores: $11,26$ ($DE = 3,37$) y $7,27$ ($DE = 2,03$) (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Matriz de componentes rotados de la EQCE ortogonal

Ítems	Factor				
	1	2	3	4	5
Ítem 12	.67	.32	.12	.24	.35
Ítem 16	.78	.40	-.27	.22	.26
Ítem 21	.69	.41	.23	.42	.12
Ítem 2	.34	.65	.26	.46	.40
Ítem 4	.45	.75	.40	.37	-.21
Ítem 7	.34	.87	.39	.25	.11
Ítem 10	.36	.71	.12	.21	.33
Ítem 11	.32	.73	-.13	.28	.41
Ítem 20	.21	.81	-.32	.42	.39
Ítem 1	.34	.41	.77	.28	.48
Ítem 6	.26	.32	.69	.41	.39
Ítem 9	.32	.45	.78	.49	.33
Ítem 19	.26	.46	.79	.47	.47
Ítem 5	.39	.25	.38	.82	.27
Ítem 8	.12	.21	.21	.78	.12
Ítem 13	-.13	.28	.13	.66	-.10
Ítem 15	-.32	.42	.17	.75	.48
Ítem 3	.41	.41	.41	.44	.82
Ítem 14	.45	.29	.27	-.21	.65
Ítem 17	.23	.36	.43	.23	.81
Ítem 18	.26	.45	.46	.32	.64

Como existen estudios que cuestionan la validez del modelo de cinco factores para la PANSS (Lykouras *et al.*, 2000; Wiersma, 2006; Van der Gaag *et al.*, 2006), se empleó una rotación oblicua (Oblimin) a fin de extraer factores ocultos que pudieran explicar la conceptualización subjetiva de los déficits cognitivos. Luego de la

Tabla 4. Análisis de componentes principales con extracción de factores de primer orden, estadísticas descriptivas, autovalor y porcentaje de varianza explicada

Factores	Media	DE	Rango	Alfa inicial	Autovalor	% de varianza	% acumulativo	Suma de saturaciones al cuadrado de la rotación	
								% varianza	% acumulado
1	3,17	1,21	2,11-3,78	.845	5,11	29,87	29,87	29,91	29,91
2	2,58	1,03	2,02-3,53	.841	3,10	8,32	38,19	10,23	40,14
3	2,63	1,02	2,11-3,42	.827	2,24	6,02	44,21	9,02	49,16
4	2,18	0,99	2,01-3,49	.772	2,11	5,97	50,18	5,77	54,93
5	2,24	0,93	2,03-3,87	.754	2,24	5,07	55,25	5,03	59,96

rotación, se retuvieron los ítems que tuvieran una carga mayor de 0,50 (Tablas 5 y 6). Finalmente, se obtuvo una solución de seis factores, de acuerdo con el modelo de 6 factores de la PANSS: Negativo, Positivo, Excitación, Depresivo, Cognitivo y Separación (Jennrich & Sampson, 1966) (Tablas 5 y 6).

El primer factor estuvo formado por cinco ítems y se denominó Distractibilidad (ítems 5, 6, 12, 14 y 16), y su valor propio fue 6,23, explicando el 28,37 % de la varianza y su índice de Alfa de Cronbach .789. El segundo factor, con 3 ítems, fue denominado Dificultades en la vida cotidiana (ítems 9, 7 y 18), y explicó el 9,42 % de la

Tabla 5. Matriz de componentes rotados de los ítems de la EQCE (Oblimin)

Ítems	Factor						
	1	2	3	4	5	6	
Distractibilidad	Ítem 5	.67	-.21	.17	.32	.32	.21
	Ítem 6	.78	.40	.23	.41	.12	.11
	Ítem 12	.69	.41	-.31	.42	.41	.40
	Ítem 14	.75	.41	.40	-.33	.10	-.21
V. cotidiana	Ítem 16	.71	.15	.43	.12	.32	.43
	Ítem 9	-.32	.76	.11	-.10	.28	-.21
	Ítem 18	.31	.81	.32	-.17	.40	.31
Semántica	Ítem 7	.36	.69	.28	.31	.41	.32
	Ítem 4	.38	.22	.56	.43	.37	.43
	Ítem 10	.21	.34	.78	.49	.40	.23
M. trabajo	Ítem 11	-.23	.43	.61	.41	.26	.40
	Ítem 2	-.31	-.21	.43	.47	.43	.41
	Ítem 3	.40	.31	.36	.65	.36	.37
Meta-Cog.	Ítem 8	.36	.36	.33	.82	.17	.32
	Ítem 20	-.39	.45	.39	.79	.23	.41
	Ítem 1	.40	.32	.21	.23	.81	.12
H. Ejecutivas	Ítem 19	.41	.12	.11	.26	.65	-.17
	Ítem 17	.37	.41	.40	.44	.40	.82
	Ítem 15	-.31	.11	.15	-.23	.41	.65
	Ítem 13	.12	.24	-.17	-.12	.37	.81
	Ítem 21	-.16	.31	.28	.27	.41	.76

V. cotidiana: Vida cotidiana; M. trabajo: Memoria de trabajo; Metacog.: Metacognición; H. Ejecutivas: Habilidades ejecutivas

Tabla 6. Rotación oblicua y extracción de factores de segundo orden, estadísticas descriptivas, autovalor y porcentaje de varianza explicada

Factores	Media	DE	Rango	Alfa inicial	Autovalor	% de varianza	% acumulativo	Suma de saturaciones al cuadrado de la rotación	
								% varianza	% acumulado
1	2,93	1,01	2,01-3,65	.789	6,23	28,37	28,37	29,97	29,97
2	2,76	.99	2,12-3,89	.864	2,31	9,42	37,79	10,12	40,09
3	2,98	1,02	2,23-3,79	.893	2,22	7,12	44,91	8,12	48,21
4	3,01	.97	2,10-3,86	.789	2,18	5,34	50,25	6,77	54,98
5	2,99	.98	2,21-3,90	.899	2,49	5,02	55,27	5,13	60,11
6	2,76	1,03	1,98-3,74	.779	2,17	4,99	60,26	5,10	65,21

varianza; su valor propio fue 2,31 y su consistencia interna .864. El tercer factor, de tres ítems, fue denominado Memoria semántica (ítems 4, 10 y 11), explicando el 7,12 % de la varianza, con valor propio de 2,22 y consistencia interna de .893. Al cuarto factor, con cuatro ítems, se le denominó Memoria de trabajo (ítems 2, 3, 8 y 20), explicando el 5,34 % de la varianza, con valor propio de 2,18 y consistencia interna .789. Al quinto factor, con dos ítems, se le denominó Metacognición (ítems 1 y 19), y explicó el 5,02 % de varianza, con valor propio de 2,49 y consistencia interna de .899. El sexto factor, de 4 ítems, se denominó Habilidades ejecutivas (ítems 13, 15, 17 y 21), explicando el 4,99 % de varianza, con valor propio de 2,17 y consistencia interna de .799. Para establecer el mejor modelo de ajuste, ambas escalas se evaluaron con análisis factorial confirmatorio, que permite establecer la bondad de ajuste mediante los resultados del Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI) y Non-Normed Fit Index (NNFI), que deben ser mayores a .90, además del Root Mean Square Errors of Approximation (RMSEA) que debe ser menor a 0,08 (Kline, 2010). En este caso, el mejor índice de bondad de ajuste correspondió al modelo de 6 factores (Tabla 7).

Validación convergente

En lo que corresponde a las correlaciones, se examinaron los puntajes de la escala EQCE y sus dominios con las escalas del PANSS (Prouteau *et al.*, 2004), incluyendo el ítem G12 (*insight*) y los restantes instrumentos (SAS, RAVLT, TMT A y B, COWAT y CES-D) (Tabla 8).

El puntaje total de la EQCE tuvo una correlación negativa débil con la escala de *insight* del PANSS ($r = -.45$), que alcanzó significación estadística ($p = .09$). La escala CES-D tuvo una correlación positiva con el puntaje total de la EQCE ($r = .51$; $p = .01$), mientras que el factor cognitivo de la PANSS no tuvo una correlación estadísticamente significativa con los puntajes totales ni de las subescalas del EQCE ($r = .31$; $p = .16$). El factor de

Tabla 7. Resultados del Análisis Factorial Confirmatorio

Modelo	Df	Chi ²	GFI	CFI	NNFI	RMSEA	N° ítems
5 factores	134	290,5	.732	.890	.901	0,093	21
6 factores	134	156,2	.899	.963	.925	0,065	21

Tabla 8. Correlaciones parciales (Rho) de Spearman entre EQCE y demás instrumentos

Escala psicopatológicas	EQCE						
	Vida cotidiana	Distractibilidad	Memoria semántica	Metacognición	Memoria de trabajo	Habilidades ejecutivas	EQCE total
SAS	.24 (p=.42)	.21 (p=.32)	.12 (p=.32)	-.11 (p=.57)	.25 (p=.54)	-.19 (p=.32)	.14 (p=.53)
RAVLT	.26 (p=.37)	-.33 (p=.43)	.51 (p=.06)	.24 (p=.42)	.32 (p=.11)	.50 (p=.01)	-.40 (p=.05)
COWAT	-.21 (p=.65)	-.42 (p=.12)	.23 (p=.76)	-.21 (p=.63)	-.29 (p=.19)	.52 (p=.02)	-.39 (p=.19)
TMT A	.45 (p=.08)	.44 (p=.09)	.12 (p=.75)	-.15 (p=.42)	.32 (p=.22)	-.56 (p=.01)	-.37 (p=.22)
TMT B	.21 (p=.17)	.37 (p=.08)	.15 (p=.54)	-.21 (p=.67)	.54 (p=.03)	-.55 (p=.01)	-.30 (p=.31)
PANSS +	.55 (p=.07)	.43 (p=.09)	.15 (p=.65)	.21 (p=.44)	.38 (p=.32)	.49 (p=.03)	.41 (p=.09)
PANSS -	.57 (p=.03)	.55 (p=.04)	.25 (p=.40)	.49 (p=.08)	.32 (p=.44)	.47 (p=.03)	.42 (p=.05)
PANSS dep	.32 (p=.43)	.34 (p=.12)	.40 (p=.06)	.41 (p=.09)	.76 (p=.43)	.31 (p=.75)	.49 (p=.02)
PANSS cog	.45 (p=.10)	.43 (p=.21)	.45 (p=.04)	.21 (p=.49)	.33 (p=.21)	.22 (p=.14)	.31 (p=.16)
G12	-.21 (p=.26)	-.23 (p=.34)	.09 (p=.32)	.56 (p=.02)	.49 (p=.07)	.44 (p=.09)	-.65 (p=.01)
CES-D	.59 (p=.02)	.49 (p=.08)	.21 (p=.31)	.39 (p=.43)	.39 (p=.57)	.50 (p=.02)	.51 (p=.01)

SAS= Escala Simpson-Angus, RAVLT= Rey Auditory Verbal Test, COWAT= Controlled Oral Word Association Test, TMT= Trail Making Test, PANSS= Positive and Negative Symptom Scale Schizophrenia, PANSS +, -, cog, dep: positive, negative, cognición; depression, G12= Subescala insight, PANSS, CES-D= Center Epidemiological Disease Depression Scale

depresión tuvo una correlación positiva con los puntajes totales de la EQCE ($r = .49$), que alcanzó significación estadística ($p = .02$).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue la traducción al español y la validación de una escala para investigar la dimensión subjetiva de la cognición en pacientes con esquizofrenia (EQCE). La escala fue sencilla de administrar, aplicándose en menos de 20 minutos, con buenos índices de confiabilidad y estabilidad a lo largo del tiempo. No se ha establecido un punto de corte de la escala, ya que su objetivo era la estimación del nivel de queja subjetiva del paciente, a través del puntaje total. La composición de los dominios subjetivos de la cognición, derivada del análisis factorial, difirió del modelo teórico desde el cual se construyó la escala. Esto se puede explicar a partir del hecho de que el cuestionario original se

basó en la concepción neuropsicológica de la cognición, en tanto que el análisis factorial refleja la propia percepción del paciente sobre sus dificultades cognitivas. Además, la especificidad de los ítems podría verse afectada por la existencia de varias dimensiones cognitivas superpuestas. De modo que estos resultados confirman la representación compleja que los pacientes con esquizofrenia se hacen respecto a su propia cognición, que no coincide estrictamente con sus constructos teóricos.

En la escala final, se excluyó la dimensión de praxias porque este aspecto no reflejó una preocupación por parte de los pacientes, en parte debido a las bajas dosis de neurolépticos recibidos, que no produjeron alteraciones extrapiramidales importantes ni consecuencias sobre los movimientos habituales. Esto quedó reflejado en la débil correlación entre los valores de la EQCE y la escala SAS, que no alcanzó significación estadística. En cambio, se agregó el dominio de la metacognición,

referida a la capacidad de los participantes de tomar conciencia de las dificultades cognitivas, más allá de su compromiso operativo. Esto coincide con los resultados obtenidos en estudios anteriores (Tastet *et al.*, 2012).

La EQCE correlacionó negativamente con RAVLT, COWAT, TMT A y B, señalando una asociación inversa entre las medidas de cognición subjetiva y objetiva. El mismo hallazgo se encontró en estudios anteriores, donde no se observó que las quejas subjetivas de problemas cognitivos coincidieran con los desempeños objetivos en esas mismas dimensiones. Tampoco hubo correlación entre el PANSS cognitivo y la EQCE, lo cual sugiere de nuevo que la evaluación subjetiva de la cognición representa una dimensión independiente de la evaluación objetiva en pacientes con esquizofrenia. La relación entre la percepción subjetiva de dificultades cognitivas y el *insight* permite abrir una serie de consideraciones. La toma de conciencia de los propios déficits puede ser influida por la percepción estigmatizada que tiene el paciente de su condición de vida, por lo que los puntajes en la EQCE podrían deberse a un déficit general de su capacidad de introspección antes que a las dificultades cognitivas en sí. En este sentido, debe tomarse en cuenta que la correlación negativa entre la subescala de *insight* del PANSS y EQCE total ($r = -.65$, $p = .01$) alcanzó significación estadística, por lo cual sería recomendable evaluar la capacidad de introspección del paciente con esquizofrenia al examinar sus quejas cognitivas.

Ahora bien, aunque se encontró una diferencia en el factor G12 del PANSS (*insight*) a favor del género femenino ($p = .02$), este aspecto podría deberse al mayor

nivel educativo que presentaron las mujeres y a su mejor desempeño en las tareas ejecutivas, tal como han señalado Kao *et al.* (2013).

Otro aspecto a ser considerado es la depresión, ya que puede acompañarse de trastornos cognitivos en varios dominios como memoria y atención. En el presente estudio se encontró una asociación directa entre la EQCE total y los puntajes de la CES-D y sub-escala de depresión de PANSS. Ello sugiere que la mayor gravedad de la depresión incide en la percepción subjetiva del paciente respecto a sus dificultades cognitivas. Sin embargo no se pudo determinar la dirección de dicha asociación, dado que la depresión podría ser tanto la causa como la consecuencia de la mayor disposición del paciente a percibir sus defectos cognitivos (Millan *et al.*, 2012). Por lo anterior, sería conveniente monitorear el estado emocional, en particular la depresión, al evaluar la percepción subjetiva de la cognición con la EQCE.

Una de las principales limitaciones del presente estudio se debe a la heterogeneidad en los tipos de diagnósticos de esquizofrenia, junto con la muestra relativamente pequeña, que podría afectar la potencia estadística de las pruebas usadas y restringir la generalización de los resultados. También se debe considerar el argumento de la equivalencia entre los tests que evalúan la cognición basándose en medidas ecológicas, como las del presente estudio, y los que se basan en pruebas de laboratorio, ya que esto podría afectar la comparabilidad psicométrica de los resultados cognitivos.

Hay que decir, además, que las características

particulares de esta población de pacientes, así como la fase de la enfermedad que estén atravesando, los hace sensibles a sesgos de interpretación de las preguntas. La muestra estudiada se encontraba en fase de remisión de síntomas, con estabilización del plan terapéutico, por lo cual las dosis de fármacos eran relativamente bajas. En consecuencia, la validez del instrumento se debería confirmar con pacientes que estén atravesando diferentes fases de la enfermedad, tanto de reciente comienzo como crónica.

Por último, es claro que la evaluación de las quejas subjetivas sobre la cognición no está destinada a reemplazar otras medidas objetivas de investigación de los dominios cognitivos en este tipo de pacientes. En efecto, su objetivo es permitir que sea el propio paciente quien exprese el grado de compromiso que los déficits cognitivos imponen sobre sus desempeños cotidianos, y se espera que la evaluación subjetiva del funcionamiento cognitivo del paciente provea un cuadro más completo sobre su perfil cognitivo, facilitando la ampliación de los objetivos terapéuticos durante los programas de rehabilitación cognitiva. En ese sentido, la escala subjetiva contribuye a mejorar la calidad de los servicios en salud pública, así como en la mejora de la calidad de vida del paciente, al estimular su participación en la definición de sus dificultades.

CONCLUSIÓN

Se analizó la validez de la versión traducida de la EQCE, destinada a investigar los déficits cognitivos tal

como son percibidos de manera subjetiva por pacientes con esquizofrenia. El instrumento mostró adecuadas propiedades psicométricas, lo cual le confiere utilidad y validez para la evaluación de las quejas subjetivas de estos pacientes respecto a sus déficits cognitivos.

Conflicto de intereses

No se declaran.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM III*. Washington DC.
- Bayard, S., Capdevielle, D., Boulenger, J. P. & Raffard, S. (2009). Dissociating self-reported cognitive complaint from clinical insight in schizophrenia. *European Psychiatry, 24*(4), 251.
- Bengochea, R., Gil, D., Fernandez, M., Arrieta, M., Sanchez, R., Prat, R., Arce, A., Alvarez, A. (2010). Cognitive complaints in schizophrenia: relationship with insight and other cognitive measures. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 3*(2), 55-60. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.03.002.
- Bianchini, V., Roncone, R., Pollice, R., Casacchia, M. (2012). Negative dimension, social cognition, insight and subjective experience in Schizophrenia. *La Clinica Terapéutica, 163*(4), 293.

- Bodnar, M., Malla, A., Joobert, R. & Lepage, M. (2008). Cognitive markers of short-term clinical outcome in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 193, 297-304. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040410.
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K. & Harvey, P. D. (2010). Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations with Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *Focus*, 8(4), 638.
- Cohen, A. S., Forbes, C. B., Mann, M. C., Blanchard, J. J. (2006). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81, 227-38.
- Cuesta, M. J., García, E., Campos, M., Ibañez, B., Sánchez-Torres, A. M., Peralta, V. (2012). Duration of untreated negative and positive symptoms of psychosis and cognitive impairment in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 141(2), 222-227.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., Juan, J. A. (1996). Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationships with neuropsychological disturbances and frontal signs. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246(2), 101-105.
- Cutting, J. & Dunne, F. J. (1989). Subjective experience of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 217.
- Demjaha, A., MacCabe, J. H. & Murray, R. M. (2012). How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 209-214.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J. (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-71.
- Fiszdon, J. M., Fanning, J. R., Johannesen, J. K. & Bell, M. D. (2013). Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 25-9.
- Fray, P. J., Robbins, T. & Sahakian, B. J. (1996). Neuropsychiatric applications of CANTAB. *International Journal of Geriatrics & Psychiatry*, 11, 329-336. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199604)11:4<329::AID-GPS453>3.0.CO;2-6.
- Gil, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Alvarez, A., Sánchez, R., Prat, R., Arce, A. (2009). Validity of the cognitive factor of the Positive and Negative Syndrome Scale as a measure of cognitive functioning in schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 160-168.
- Gold, J. M. & Dickinson, D. (2013). Generalized Cognitive Deficit in Schizophrenia: Overused or Underappreciated? *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 263-265.

- Green, M. F., Kern, R. S., Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Haro, J. M., Novick, D., Suarez, D., Ochoa, S., Roca, M. (2008). Predictors of the course of illness in outpatients with schizophrenia: a prospective three year study. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 1287-1292.
- Hofer, A., Baumgartner, S., Bodner, T., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettenbacher, M., Fleischhacker, W. (2005). Patient outcomes in schizophrenia II: the impact of cognition. *European Psychiatry*, 20, 395-402. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.02.005.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., Zbinden, M., Hirsbrunner, H. P. (2003). Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Society of Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 76-82.
- Homayoun, S., Nadeau-Marcotte, F., Luck, D. & Stip, E. (2011). Subjective and Objective Cognitive Dysfunction in Schizophrenia-is there a Link? *Frontiers in Psychology*, 2, 148. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00148
- Honkonen, T., Stengård, E., Virtanen, M., Salokangas, R. K. (2007). Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Society of Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 372-380.
- Jaeger, J., Bitter, I., Czobor, P., Volavka, J. (1990). The measurement of subjective experience in schizophrenia: the Subjective Deficit syndrome scale. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 216-226.
- Jennrich, R. I. & Sampson, P. F. (1966). Rotation for simple loadings. *Psychometrika*, 31, 313-323.
- Johnson, I., Kebir, O., Azouz, O. B., Dellagi, L., Rabah, Y. & Tabbane, K. (2009). The self-assessment scale of cognitive complaints in schizophrenia: a validation study in Tunisian population. *BMC Psychiatry*, 9(1), 66.
- Kaiser, H. F. (1963). *Image Analysis*. Madison, Wisconsin: Harris CW.
- Kao, Y. C., Liu, Y. P., Lien, Y. J., Lin, S. J., Lu, C. W., Wang, T. S. & Loh, C. H. (2013). The influence of sex on cognitive insight and neurocognitive functioning in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 44, 193-200.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Keefe, R. S. E., Goldberg, T., Harvey, P. D., Gold, J. M., Poe, M., Coughenour, L. (2004). The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, 68, 283-297. doi: 10.1016/j.schres.2003.09.011.

- Kim, J. H., Byun, H. J., Ann, J. H., Lee, J. (2010). Relationship between subjective experiences and psychopathological dimensions in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(10), 952-957.
- Kitchen, H., Rofail, D., Heron, L. & Sacco, P. (2012). Cognitive impairment associated with schizophrenia: a review of the humanistic burden. *Advances in Therapy*, 1-15.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford.
- Kurtz, M. M. & Tolman, A. (2011). Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: What is their relationship? *Schizophrenia Research*, 127(1), 157-162.
- Linden, M., Godemann, F., Gaebel, W., Köpke, W., Müller, P., Müller-Spahn, F. & Tegeler, J. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 585-596.
- Lindenmayer, J. P., Bernstein-Hyman, R., Grochowski, S. & Bark, N. (1995). Psychopathology of schizophrenia: initial validation of a 5-factor model. *Psychopathology*, 28(1), 22-3.
- Lykouras, L., Oulis, P., Psarros, K., Daskalopoulou, E., Botsis, A., Christodoulou, G. N. & Stefanis, C. (2000). Five-factor model of schizophrenic psychopathology: how valid is it? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(2), 93-100.
- Mass, R., Haasen, C., Borgart, E. J. (2005). Abnormal subjective experiences of schizophrenia: Evaluation of the Eppendorf Schizophrenia Inventory. *Psychiatry Research*, 135(2), 91-101.
- McClure, M. M., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Iacoviello, B. & Siever, L. J. (2013). Functional outcomes, functional capacity, and cognitive impairment in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 146-50.
- Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S. & Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*, 11(2), 141-168.
- Mishara, A. L. & Fusar-Poli, P. (2013). The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 278-286.
- Moritz, S., Ferahli, S. & Naber, D. (2004). Memory and attention performance in psychiatric patients: lack of correspondence between clinician-rated and patient-rated functioning with neuropsychological test results. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 623-633. doi: 10.1017/S1355617704107042.

- Peralta, V., Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-7.
- Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., Stip, E. (2004). Self-assessed cognitive dysfunction and objective performance in out-patients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophrenia Research*, 69, 85-91. doi: 10.1016/j.schres.2003.08.011.
- Rajji, T. K., Voineskos, A. N., Butters, M. A., Miranda, D., Arenovich, T., Menon, M. & Mulsant, B. H. (2013). Cognitive Performance of Individuals With Schizophrenia Across Seven Decades: A Study Using the MATRICS Consensus Cognitive Battery. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 108-118.
- Read, D. E. (1988). Age-related changes in performance on a visual-closure test. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 10, 451-466.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Sawyer Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5-8.
- Schultze-Lutter, F., Vollmer-Larsen, A., Handest, P., Parnas, J. (2007). Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. *Psychopathology*, 40(5), 345-348.
- Seco, R. B., Sanz, D. G., Modamio, M. F., Arrieta, M., Rodríguez, R. S., Solís, R. P. & Soltero, A. A. (2010). Percepción subjetiva de déficit cognitivos en esquizofrenia: su relación con insight y otras medidas cognitivas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 55-60.
- Semkovska, M., Bedard, M. A., Godbout, L., Limoge, F. & Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69(2), 289-300.
- Simpson, G. M. & Angus, J. W. (1970). A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 45(S212), 11-19.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., First, M. (1993). Entrevista clínica estructurada para el DSM III-R. SCID. *Guía del usuario para la entrevista estructurada para el DSM III-R*. Barcelona: Edika-Med, S.L.
- Spreen, O., Benton, A. L. (1969). *Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*. Victoria, British Columbia: Neuropsychology Laboratory.

Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T., Lecomte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: The subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 331-340.

Tastet, H., Verdoux, H., Bergua, V., Destailats, J. M. & Prouteau, A. (2012). Cognitive Insight in Schizophrenia: The Missing Link Between Insight and Neurocognitive Complaint? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 908-910.

Tolman, A. W. & Kurtz, M. M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 304-315.

Van der Gaag, M., Cuijpers, A., Hoffman, T., Remijnen, M., Hijman, R., de Haan, L. & Wiersma, D. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale I: confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions. *Schizophrenia Research*, 85(1), 273-279.

Wallwork, R. S., Fortgang, R., Hashimoto, R., Weinberger, D. R. & Dickinson, D. (2012). Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137(1), 246-250.

Wiersma, D. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale I: confirmatory

factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions. *Schizophrenia Research*, 85(1), 273-279.

ANEXO 1

(versión en español de la SASCCS)

Para cada pregunta, lea atentamente y luego conteste con qué frecuencia le ocurre esa situación, de acuerdo con la siguiente escala: 4 muy frecuente, 3 frecuente, 2 algunas veces, 1 pocas veces, 0 nunca

1. ¿Siente que tiene problemas de memoria?
2. ¿Tiene problemas para recordar información que ha aprendido recientemente y que debe usar de manera inmediata? Ejemplo: una dirección, número de teléfono, línea de colectivo, nombre de un médico.
3. ¿Tiene problemas para retener información en su mente? Por ejemplo, una lista de compras o los nombres de personas conocidas.
4. ¿Tiene problemas para recordar el nombre de medicamentos que está tomando?
5. ¿Alguna vez se olvidó de concurrir a una reunión con sus amigos o con su médico?
6. ¿Algunas veces se le olvida tomar los medicamentos?
7. ¿Le cuesta recordar la información que vio ayer en el periódico o en la televisión?
8. ¿Alguna vez se le ha olvidado cómo cocinar una comida, qué ingredientes debería usar para preparar ese plato, o cómo arreglar cosas en el hogar?
9. ¿Tiene problemas para encontrar el camino de vuelta a su casa, para ir al hospital o al consultorio del médico?

10. ¿Tiene problemas para recordar los nombres de personas que pertenecen a un ámbito del conocimiento o del deporte en el cual usted está habitualmente interesado? (deportes, cine, canciones...).
11. ¿Tiene problemas para recordar los nombres de las ciudades o los hechos históricos más importantes del país, o los nombres de las ciudades más grandes del mundo?
12. ¿Siente que a veces está distraído, por ejemplo cuando habla con alguien o lee una revista?
13. ¿Tiene problemas para mantenerse alerta y reaccionar rápidamente cuando algo inesperado le sucede? Ejemplo, esquivar un auto que se le viene encima cuando cruza la calle.
14. ¿Cuando la televisión está encendida y la gente alrededor habla en voz alta, tiene dificultades para concentrarse y seguir una conversación?
15. ¿Tiene problemas para hacer dos cosas al mismo tiempo? Ejemplo, mantener una conversación mientras mira televisión, o hacer la limpieza de la casa mientras cocina una comida en el horno.
16. ¿Tiene problemas para concentrarse en algo por más de 20 minutos? Ejemplo, escuchar las noticias, leer una revista, observar una novela, asistir a una clase.
17. ¿Tiene dificultades para programar actividades por adelantado? Por ejemplo, hacerse un chequeo médico, retirar dinero del banco, o planificar las actividades de la semana.
18. ¿Tiene dificultades para organizar las actividades diarias? Por ejemplo, ir de compras, preparar la comida, limpiar la casa, hacer la limpieza, lavar la ropa.
19. ¿Tiene problemas para cambiar su modo habitual de pensar o de hacer las cosas cuando se le pide que lo haga de otra manera y usted está de acuerdo con ello?
20. ¿Tiene problemas para encontrar las palabras o hacer oraciones, para comprender el significado de algunas palabras o pronunciarlas, designar objetos por su nombre?
21. ¿Tiene problemas para realizar sus actividades habituales? Ejemplo, vestirse o abotonarse la blusa, introducir la llave en la cerradura, usar una cuchara.

ANEXO 2

Material adicional:

Ejemplos para los ítems 13, 15, 18 y 19 de la EQCE

Los siguientes son ejemplos que se pueden proveer al paciente cuando se administra la EQCE para hacer más claro su contenido.

Para el ítem 13, el investigador puede dar al paciente un ejemplo de lo que significa estar alerta: cuando la comida está en el horno y debe apagar rápidamente la hornilla cuando huele a quemado.

Para el ítem 15, el investigador puede dar un ejemplo: mirar un programa de la televisión y comer al mismo tiempo, hablar por el teléfono celular mientras conduce el auto.

Para el ítem 18, el investigador puede dar el siguiente ejemplo: si fuera un estudiante, el ejemplo de organizar las actividades diarias como asistir a clases, practicar deportes, visitar amigos, acudir a la cita con el médico... Si el paciente fuera un adulto el investigador podría proporcionar los siguientes ejemplos: asistir al trabajo, concurrir al centro de trabajo, realizar las compras, hacer la limpieza del hogar...

Para el ítem 19, el investigador podría decir al paciente, si fuera un estudiante, el ejemplo de ser requerido por el maestro para cambiar su estrategia errónea, mientras trata de resolver su problema matemático. Si el paciente fuera un adulto, el investigador le podría dar el ejemplo de una situación laboral tal como cambiar su modo equivocado de archivar los ficheros cuando se lo solicita su jefe.