

SALIENCIA ABERRANTE: VALIDACIÓN DEL ABERRANT SALIENCE INVENTORY(ASI) EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (CIE 10, F20.0)

Alumna: Silvia Fernández Ortiz

Tutora: María Paz García Portilla González



Universidad de Oviedo



DECLARACIÓN DE NO PLAGIO

D./Dña. Silvia L. Fernández Ortiz con NIF 78934192D estudiante del Master Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental, curso 2021/2022 como autor/a de este documento académico Titulado: Saliencia Aberrante: Proceso de validación del Aberrant salience inventory(ASI) en una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide(CIE 10, F20.0) y presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor/es es/son Maria Paz Portilla Gonzalez.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

En Madrid, a 20 de Agosto de 2022

Fdo:

X

Silvia L. Fernández Ortiz

78934192D

Firmado por: FERNANDEZ ORTIZ SILVIA LUISA - 78934192D

Esta DECLARACION DE ORIGINALIDAD debe ser insertada en primera página del Trabajo de Fin de Máster conducentes a la obtención del título.

ÍNDICE

Resumen

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	14
3. Material y métodos.....	15
4. Resultados.....	21
5. Discusión.....	52
6. Conclusiones.....	54
7. Referencias.....	55
8. Anexos.....	59

Anexo 1: Hoja de consentimiento informado del participante.

Anexo 2: Cuaderno de recogida de datos.

RESUMEN

La saliencia aberrante es un constructo conocido por su importante rol en el desarrollo y mantenimiento de síntomas psicóticos en esquizofrenia paranoide. Según nuestro conocimiento no existen estudios que hayan estudiado los cinco dominios de la saliencia aberrante y su relación con los síntomas positivos, síntomas depresivos y síntomas negativos de la esquizofrenia. En este estudio se pretende estudiar el papel de la saliencia aberrante en la Esquizofrenia paranoide y su relación con estos dominios, con la intención de dar un paso en la validación del ASI(Aberrant Salience Inventory), instrumento psicométrico de relevante importancia en la sintomatología psicótica.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición y concepto del término de saliencia.

La asignación de relevancia (saliencia) es un proceso mental de orden superior habitual que todos desarrollamos por el que determinados estímulos atraen el foco de nuestra atención.

Como es sabido, no todo abarca nuestra atención de la misma manera, hay estímulos que destacarán sobre otros. Gracias a esto podemos aprender y sobrevivir, ya que para cualquiera de estas dos acciones necesitamos centrar los recursos perceptuales y cognitivos en los estímulos más pertinentes.

La atención se puede potenciar “bottom-up” o disminuir “top-down”, si estamos en silencio en una habitación y de repente suena una sirena, es posible que nos demos un susto, esto sería un ejemplo de bottom-up. Sin embargo si estamos en una fábrica fabricando en serie unos utensilios de metal y una alarma suena cada treinta segundos para marcar que la seguridad es adecuada, es posible que lleguemos a dejar de sentir esta alarma, ya que factores emocionales, motivacionales o cognitivos sobre un estímulo conocido permiten la vinculación creándose una sensación de familiaridad que disminuye la respuesta “top-down”

La saliencia por tanto nos ayuda a ordenar adecuadamente lo que nos rodea y por tanto diferenciar estímulos relevantes e irrelevantes que nos permiten la existencia de un mundo interno coherente y adaptativo al medio.

Principalmente discriminamos los estímulos según tres tipos de saliencia descritos:

Saliencia Visual: Sería el bottom-up por el cual ciertos estímulos sobresalen en el campo de nuestra percepción y se convierten en el foco de nuestra atención. Un ejemplo: Un color flúor es más «saliente» que el beige.

Saliencia Emocional: Ciertos estímulos serán más memorables captando nuestra atención en base a nuestra experiencia y aprendizaje, permitiendo una catalogación afectiva de la realidad que nos rodea y favoreciendo determinadas respuestas conductuales.

Saliencia Social: Aplicando la saliencia emocional a la cognición social. Señales sociales aprendidas permitirán dar importancia a determinadas señales, infiriendo de ellas ciertos estados mentales como emociones, ideas o intenciones. Un señalamiento de un objeto o una sonrisa es más “saliente” que un movimiento intrascendente.

En condiciones fisiológicas se ha descrito que a nivel neurobiológico ante situaciones novedosas la dopamina media en la atribución de relevancia motivacional adecuada a cada elemento del espacio que nos rodea. (*Jensen et al., 2014*). Esto está directamente relacionado con el concepto de saliencia motivacional, si un estímulo del entorno que nos presupone una recompensa capta nuestra atención, se producirá un cambio conductual que nos guiará atencionalmente hacia ese nuevo foco.

Para terminar me gustaría aquí poder añadir el concepto de lo que es la saliencia cultural. Nuestra biología es altamente sensible al contexto grupal, desde que nacemos vamos adquiriendo un conjunto de símbolos y significados que nos son transmitidos a través de diferentes generaciones que nos producen un conjunto de saliencias culturales que determinarán como percibimos la realidad compartida atendiendo más fácilmente a ciertos estímulos que a otros. A algunos estímulos o situaciones se les asigna una relevancia determinada por el valor social asignado, estando esto en continuo cambio. (Lahera G et al 2013). De este concepto se desprende la importancia de profundizar en la psiquiatría transcultural y cognición social para comprender estas diferencias.

1.2 Definición y concepto del término de saliencia aberrante.

Bases neurobiológicas y cognitivas del término.

Ahora que entendemos el concepto de saliencia, pasaremos a abordar el objeto fundamental de nuestro estudio, el concepto de saliencia aberrante.

La saliencia aberrante es perder la capacidad de clasificación de los estímulos relevantes de los irrelevantes, de tal manera que comenzaríamos a asignar importancia a estímulos neutros, y procesos automatizados pasarían al campo de nuestra atención, interpretándose como generadores de recompensa o castigo. Si trasladamos este concepto a la salud mental ya en el año 1968 se definió la saliencia aberrante como aquel proceso mental por

el que determinados estímulos del día a día que pasarían inadvertidos para la mayoría pasan a un primer plano de atención cobrando además de importancia, un significado especial. (Bowers, 1968; Bowers & Freedman, 1966).

Este hándicap en la sensorpercepción, la afectividad y la cognición restringe y altera la capacidad de procesar las experiencias vividas, de tal forma que no podemos ordenar nuestro medio interno de manera coherente separándolo de la realidad externa que nos rodea para adaptarnos a ella. En un primer momento esta dificultad en filtrar los elementos relevantes de los no relevantes supone en el individuo susceptible genéticamente, el primer paso en el camino que desemboca en la psicosis. (Lahera G et al, 2013)

A nivel biológico la saliencia aberrante se explica a través de una desregulación del sistema dopaminérgico al igual que las vías de desarrollo de la psicosis. Revisaremos ahora las funciones de las cuatro vías principales del sistema dopaminérgico para entender que ocurre ante el déficit en su función. La vía mesolímbica(área tegmental-ventral) media la recompensa, si esta vía se hiperestimula aparece la sintomatología positiva. La vía mesocortical (área tegmental-corteza cerebral) se ha relacionado con la función cognitiva, también con mediación de la motivación y las emociones, su hipoactividad se relaciona con los síntomas negativos. La vía nigroestriada (sustancia negra-ganglios basales) se encarga de la función motora, los antidopaminérgicos aquí serían responsables de los síntomas extrapiramidales. La última vía dopaminérgica sería la tuberoinfundibular (hipotálamo- pituitaria anterior) que regula la prolactina, en esta área al actuar los antipsicóticos clásicos sobre los niveles de dopamina esta no regularía la producción de prolactina de la misma forma, por lo que como efecto secundario se produciría una hiperprolactinemia(Stahl, SM, 2021)

La psicosis tiene como base neurobiológica común una hiperdopaminergia mesolímbica, aumentando los niveles de dopamina en el núcleo estriado mesolímbico independientemente del contexto. El hallazgo más común en esquizofrenia es el aumento de la síntesis de dopamina presináptica y en la ocupación inicial de receptores D2 en el estriado. En esquizofrenia estaría afectado el modo de descarga fásica del núcleo estriado, etiquetando inadecuadamente los estímulos desembocando igualmente en un fallo de predicción de recompensas (Graybiel AM, 2005), sería algo así como “ falsos positivos” a nivel estadístico. Smith Li et al describieron que este etiquetado inadecuado secundario a esta descarga fásica errónea produciría un modelo interno aberrante que constituiría la base de la ideación delirante.(Smith et al 2006)

1.3 Importancia de este concepto en el mundo de la psicosis y los síntomas psicóticos

Una de las hipótesis que explican la emergencia de la psicosis en la actualidad situaría como foco central originario el experimentar saliencia aberrante ante estímulos de nuestro entorno, la saliencia aberrante conecta lo neurobiológico, lo cognitivo y lo conductual (Guillermo Lahera et al, 2013). A través de nuestras percepciones, desarrollamos un esquema cognitivo y en función de nuestras experiencias previas y la clasificación de relevancia que aportamos a ese estímulo, modificamos o no nuestra conducta.

La saliencia aberrante, además de eclipsar nuestra percepción y secundariamente nuestra atención, se acompaña de una emoción reactiva a esta experiencia sensorial. El estímulo externo va acompañado de un efecto aversivo o al menos inquietante, así que estaríamos posiblemente hablando de un estado de angustia e hiperalerta que nos resuena a los estados mentales de alto riesgo.

En la psicosis, según Kapur fallaría este filtro de atribución adecuada a los estímulos del entorno, y ante un incremento continuado de dopamina se produciría lo que denomina saliencia aberrante de tal manera que atribuiríamos excesiva relevancia y significado a estímulos irrelevantes del entorno. En la fase prodrómica previa al brote psicótico en la que de igual forma se ha descrito incremento de la actividad dopaminérgica(Bonoldi et al, 2013), el individuo puede describir aumento de sensibilidad en los sentidos y sensación de novedad en el entorno habitual así como una mayor sensibilidad a los ruidos. Este aspecto se recoge en el inventario de saliencia aberrante dentro de la dimensión de “*agudización de los sentidos o sentido de nitidez*” .

Clasicamente esto se describió en la fase de “ apofania” (Conrad, *La Esquizofrenia Incipiente*) que solía verse acompañada por experiencias específicas de significación anormal, una “visión inmotivada de conexiones).

(Gruhle, 1915) describió estos significados anormales como fenómenos que pertenecían más al nivel de la consciencia que al de la percepción. Para otros autores como Conrad (1958, *La esquizofrenia incipiente*), Matussek (1952, *Untersuchungen über die*

wahnwahrnehmung, Estudios en percepción delirante) y Mishara (2010, *Klaus conrad (1905-1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia*) esta idea no era válida. Según Matussek, “la significancia anormal se da perceptualmente como una parte integral del objeto. No es deducida, ni pensada, ni derivada de nuestros pensamientos, sino experimentada directamente como algo inherente en el objeto”. Kapur (2003), cuya teoría se aproxima a Gruhle, afirma que la activación de la saliencia aberrante se da “al nivel de las asociaciones cognitivas, la recompensa y refuerzo, y la significancia motivacional”.

¿ De qué manera se relaciona la saliencia aberrante con los principales síntomas psicóticos?

Los delirios se definirían como la explicación cognitiva que el individuo da a estas experiencias de saliencia aberrante intentando calmar su inquietud en busca de un significado. La idea delirante entonces surgiría de la explicación cognitiva que el cerebro atribuiría tanto a estímulos internos como externos, mientras que la alucinación se describe como la experiencia directa de la saliencia aberrante de estas representaciones internas, serían el resultado anormal de las representaciones internas creándose una confusión entre el mundo interno y externo (*Kapur, 2003*). Habría una gradación de severidad entre oír los propios pensamientos, las pseudoalucinaciones y escuchar voces ajenas. Según esta hipótesis, y adentrándonos en el área mesolímbica, se observaría una alteración en la liberación de dopamina a este nivel que produciría una alteración en el filtro por el cual atribuimos relevancia o no a los estímulos externos o internos añadiendo una atribución anormal de significado a estos. Este proceso que daría lugar a la emergencia de los síntomas psicóticos, si se mantiene en el tiempo se cree que puede ser uno de los factores de la persistencia de la psicosis. (*Golay et al., 2020*).

En tercer lugar cabe hablar de los síntomas negativos, clásicamente asociados a hiporreactividad de la vía mesocortical, se podrían también explicar desde la perspectiva de la saliencia aberrante que produciría una interferencia con estímulos adecuados de interferencia y motivación. La desregulación de la dopamina podría crear “un exceso de ruido” en el sistema provocando falta de respuesta ante las señales dopaminérgicas correctamente vinculadas a los estímulos de recompensa (*Roiser y cols., 2010; Seamans y Yang, 2004*). Esto provocaría una desadaptación al medio con dificultades cognitivas y sociales.

Nuevas investigaciones sitúan a los circuitos dopaminérgicos subcorticales como los encargados de predecir y hacer inferencias sobre el entorno. Esto da una nueva perspectiva a la hipótesis que explicaba que la disregulación de la dopamina en el cuerpo estriado es causa de la malinterpretación de estímulos irrelevantes. Actualmente existe suficiente evidencia sobre la disregulación de la dopamina subcortical en aquellos sujetos con alto riesgo de psicosis (*Howes OD et al, 2020*)

Otro elemento al cual está ligado la saliencia aberrante es al reconocimiento erróneo de las emociones en sujetos que presentan un episodio psicótico, dando lugar a la pérdida del feedback adecuado entre el mundo interno y externo, lo que se asociaría a la tendencia autorreferencial del sujeto psicótico. (*Anna Comparelli et al., 2020*)

El consumo de cannabis en personas sanas puede inducir síntomas psicóticos y exacerbar los preexistentes en pacientes con esquizofrenia. En un estudio reciente se observó que el uso de cannabis en población general incrementaría los síntomas esquizotípicos y la presencia de saliencia aberrante (*Colm et al, 2020*)

En relación a los grupos de mayor vulnerabilidad de sufrir psicosis, varios metanálisis (*Henssler et al, 2020; O'Donoghue et al., 2021; Selten et al., 2020;*) muestran la mayor vulnerabilidad de la población inmigrante frente a la nativa a sufrir síntomas psicóticos, esto pudiera estar relacionado con los resultados de otro estudio que afirman que el estrés psicosocial asociado a la disregulación dopaminérgica puede provocar fallos en predicción de recompensas y un aumento de la saliencia aberrante. (*Heinz et al., 2019*). En otro estudio con adolescentes inmigrantes se observó que aquellos que presentaban mayor grado de alexitimia junto con saliencia aberrante eran aquellos que desarrollaban experiencias psicóticas más intensas (*Pozza et al, 2019*). En relación a esto sería interesante poder realizar más estudios que abordasen la posibilidad de que la saliencia aberrante fuese el eje que explicase el déficit en la cognición social de los individuos que sufren síntomas psicóticos.

La presencia de historia de trauma en la infancia es otro factor de riesgo conocido para sufrir psicosis (*Stanton et al, 2020*), esto nos lleva a preguntarnos como afecta la experiencia traumática en el desarrollo de la saliencia aberrante. En un estudio multiétnico reciente de EEUU se observó que la asociación entre la exposición a traumas a lo largo de la vida y la presencia de síntomas psicóticos estaba mediado por la presencia de una mayor saliencia aberrante independientemente de la frecuencia de los eventos

traumáticos. El mecanismo propuesto para esto es que el trauma rompería la red de saliencia (Salience Network), que es definido como un sistema neuronal implicado en el riesgo de psicosis. Quizás con el tiempo, y la exposición a diferentes traumas el sistema neuronal de esta red se iría dañando, afectando al adecuado filtro de atribución de importancia a los diferentes estímulos del entorno y por tanto existiendo una mayor saliencia aberrante (Anglin DM et al, 2019). En relación a esto un estudio muestra que en individuos con mayor exposición a trauma existe una mayor conectividad corticoestriatal entre el estriado ventral y las regiones del cerebro implicadas en el procesamiento de la saliencia correlacionándose positivamente la mayor conectividad corticoestriatal con mayores puntuaciones en ASI (Mc Cutcheon et al 2019).

En resumen parece que la saliencia aberrante está presente en el espectro amplio de la psicosis, de hecho algunos autores incluso propugnan sustituir el término esquizofrenia por el de Síndrome de disregulación de la saliencia (Van Os, 2009), que a su vez se dividiría en tres subtipos: Con expresión afectiva (altas puntuaciones en la dimensión manía/depresión); con expresión de alteraciones del desarrollo (altas puntuaciones en la dimensión déficit cognitivo/síntomas negativos); y sin especificar haciendo de alguna forma reminiscencia al concepto de psicosis única (Llopis B, 2005).

1.4 Medición de la saliencia aberrante: los instrumentos psicométricos, otros tipos de medidas, diferencias de los instrumentos psicométricos, tipos de saliencia que miden los instrumentos psicométricos.

El *Aberrant Salience Inventory* (Cicero et al., 2010) es una de las escalas disponibles para evaluar la saliencia aberrante.

En un estudio reciente que evaluaba las propiedades psicométricas de la ASI se observó que el factor de cognición estudiado dentro de los parámetros del inventario es capaz de diferenciar los individuos que padecían psicosis frente a los que padecían otras patologías mentales o los individuos controles. Además se observó que la ASI es una herramienta útil para medir saliencia aberrante en diversas patologías psiquiátricas así como en población general (Philip Golay et al, 2020). Este instrumento ha sido adaptado y

validado al español para su uso en adolescentes de la población general española (Fernández-León *et al.*, 2019), en él se sugiere su uso en población general adolescente y se mostró que el 7% de la muestra de adolescentes estaba en riesgo de psicosis. Por tanto, podría ser interesante su uso para la identificación de Estados mentales de alto riesgo en dicha población, aunque a día de hoy no se ha validado para este uso.

Otros cuestionarios han demostrado adecuadas propiedades psicométricas para evaluar predisposición a la psicosis en muestras no clínicas. Entre ellas cabe mencionar:

- La Escala de Ideación Mágica (Eckbald & Chapman, 1983), se trata de un elemento que estudia la presencia de pensamientos supersticiosos y mágicos así como la creencia de ser capaz de leer o transmitir el pensamiento.

- La Escala de Aberración Perceptual (Chapman, Chapman, & Raulin, 1978), fue desarrollada para la evaluación de las distorsiones perceptivas relacionadas con la imagen corporal y de otros objetos.

- La Escala de Pensamiento Referencial (Lenzenweger, Bennett, & Lilenfeld, 1997), evalúa el pensamiento referencial y la predisposición al pensamiento esquizofrénico.

Aunque intentan medir predisposición a psicosis, ninguna de estas escalas mide saliencia aberrante.

Existe otro instrumento, el Saliencia Attribution Test (Roiser *et al.*, 2009) que permite evaluar la asignación de relevancia adaptativa y aberrante en pacientes psicóticos en tratamiento con antipsicóticos a través de una tarea de aprendizaje probabilístico de recompensa caracterizada por estímulos perceptivos relevantes e irrelevantes. La saliencia aberrante es definida como la diferencia absoluta en las puntuaciones en aceleración o probabilidad entre dos niveles de la dimensión de estímulos irrelevantes de la tarea.

Este test si mide saliencia aberrante, sin embargo la medición es en un contexto de investigación de laboratorio dentro de un paradigma de recompensa.

Se ha descrito que la saliencia aberrante puede favorecer el desarrollo de síntomas de esquizofrenia, sin embargo la literatura arroja datos inconsistente en torno a la especificidad y validez de los test midiendo estos datos en pacientes con esquizofrenia. En un estudio de pacientes con esquizofrenia que puntuaron más alto en ASI frente al grupo de pacientes sin patología o grupo de pacientes con ansiedad, también puntuaron

más bajo en la saliencia adaptativa en el Test de atribución de saliencia. Sin embargo, no se observó correlación en las medidas de saliencia aberrante y se concluyó que los instrumentos de medida tenían una validez y especificidad limitada lo que podría explicar los hallazgos inconsistentes en la literatura (Neuman SR et al, 2021)

En otro estudio con un grupo de pacientes que habían presentado síntomas pseudopsicóticos atribuían mayor saliencia a estímulos neutros y menor saliencia a las recompensas, medido a través de un indicador neurobiológico de la variación contingente negativa (Contingent negative variation, CNV), concluyéndose que la atribución de saliencia aberrante podría ser un rasgo implicado en la fisiopatología del desarrollo de la esquizofrenia. (Ly, L et al, 2020).

Recientemente se ha publicado un estudio que mide saliencia aberrante y lo correlaciona con la PANNS (Escala de síntomas positivos y negativos en Esquizofrenia), concluyendo que niveles altos en puntuación total de ASI podría predisponer a síntomas psicóticos, al obtenerse correlación positiva fuerte entre varias dimensiones de la ASI y sintomatología psicótica de la PANNS. (Pugliese et al, 2022)

Dado el elevado impacto de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia sobre la funcionalidad y calidad de vida de estos pacientes, resulta imprescindible contar con escalas de evaluación psicométrica específicas de los síntomas precoces de psicosis, que permitan profundizar en el conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, así como evaluar y monitorizar los cambios experimentados con las intervenciones terapéuticas. Además, el ASI posee la ventaja de disponer de versiones para ser cumplimentadas por el propio paciente.

Sin embargo a día de hoy no existe una validación de ASI para su uso en personas con esquizofrenia en las que la saliencia aberrante es un elemento nuclear.

Por ello, nos planteamos llevar a cabo el estudio de validación de la versión española del ASI en pacientes con esquizofrenia.

2.OBJETIVOS

El objetivo de este estudio se basa en investigar las propiedades psicométricas de la versión española del ASI comparando pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente a participantes controles sanos no clínicos con la intención de validar la versión española del Aberrant Salience Inventory en población con esquizofrenia.

De este objetivo se desprenderían las siguientes hipótesis principales:

1. Hipótesis 1: Los sujetos con esquizofrenia puntuarán más alto en el Inventario de ASI frente a los sujetos controles sanos(Validez discriminante).
2. Hipótesis 2: Existirá una correlación positiva(Validez convergente) entre la puntuación total del ASI y la puntuación de síntomas positivos del CAPE.
3. Hipótesis 3: Existirá una correlación negativa(Validez divergente) entre puntuación total del ASI y síntomas negativos y síntomas depresivos del CAPE.

De igual modo se estudiarán como hipótesis secundarias las posibles diferencias entre los grupos según variables sociodemográficas y clínicas en puntuaciones ASI .

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño:

Estudio naturalístico transversal de validación de un instrumento de evaluación psicométrica de saliencia aberrante en pacientes con esquizofrenia.

3.2 Aspectos éticos

El estudio se realizará de acuerdo con la legislación vigente en investigación clínica: Declaración de Helsinki para la investigación médica en seres humanos (64 Asamblea General de la WMA, octubre 2013), Ley 41/2002 básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como las guías ICH-GCP.

Cada investigador involucrado en el estudio es responsable del cumplimiento del protocolo y de las guías ICH-GCP.

La información recogida será tratada confidencialmente y los pacientes serán identificados mediante un código de identificación. En ningún caso figurará el nombre del paciente en el CRD, ni en el material del estudio, ni en las publicaciones derivadas de los resultados del estudio.

Los datos recogidos podrán ser evaluados en el centro del estudio por las autoridades, el Comité de Investigación Clínica u otras entidades supervisoras.

Implicaciones éticas:

No se esperan conflictos éticos derivados directamente de los resultados de la investigación. El tratamiento de los sujetos pacientes será el adecuado según los protocolos clínicos asistenciales, independiente de participar o no en el estudio, e idéntico al de otros pacientes en las mismas condiciones que no estuvieran incluidos en el proyecto.

3.3 Muestra

La muestra de estudio está constituida por 153 pacientes (tamaño muestral determinado por la realización del análisis factorial - 5 pacientes por ítem -) con esquizofrenia (criterios CIE-10), >17 años, que den su consentimiento por escrito. Asimismo, se incluyeron 50 controles, >17 años, sin enfermedad mental (determinado este criterio mediante la entrevista con el sujeto y la obtención en la ICG de una puntuación = 1), que han aceptado participar en el estudio y han otorgado su consentimiento informado por escrito. El único criterio de exclusión en ambos casos fue la presencia de dificultades cognitivas que impidiesen al sujeto (paciente y/o control) cumplimentar la versión autoaplicada del ASI.

3.4 Evaluación:

Se ha realizado una única evaluación en el momento de inclusión al estudio, una vez los sujetos aceptaron participar en el mismo y hubiesen dado su consentimiento informado por escrito.

Pacientes: Además de recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, estudios finalizados y situación laboral) y clínicos (impresión clínica global) que han realizado los investigadores, los pacientes han cumplimentado:

- Inventario de la Saliencia Aberrante (ASI), y
- Escala de evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas (Community Assessment of Psychic Experiences – CAPE-).

Controles sanos: En el caso de los controles se recogieron los mismos datos demográficos y se confirmó la no existencia de trastorno mental (impresión clínica global 0 1). Estos sujetos únicamente cumplimentaron:

1. Escala de la Saliencia Aberrante (ASI).

A continuación se describe la escala CAPE y el Inventario ASI:

1.CAPE: Las siglas CAPE corresponden a *Community Assesment of Psychic Experiences*, traducido al español, la *Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas*. El CAPE se alimentó de raíz del PDI-21(Peters et al. Delusion Inventory,1999), este inventario intentaba estudiar el modelo tridimensional de los síntomas psicóticos.

En el CAPE se añaden más datos, sumando más ítems en la evaluación de los síntomas positivos del PDI-21, específicamente sobre las alucinaciones, así como un estudio más profundo de síntomas negativos y depresivos. A través del CAPE sumamos una puntuación global y discernimos el puntaje de las tres dimensiones de síntomas (positivos, negativos y depresivos)

Además de su frecuencia, estudia el grado de discomfort que estos síntomas ejercen sobre el sujeto. El CAPE tiene la ventaja de que es autoaplicado y existe una versión española validada que es la que usamos en este proyecto.

En relación a las propiedades psicométricas de esta escala, estudios que analizan su estructura interna a través de análisis factoriales confirmatorios no han apoyado el modelo dimensional propuesto por sus autores.

A continuación describiremos los síntomas recogidos en los 43 ítems:

Síntomas positivos: 20 ítems que proceden del PDI-21 exploran delirios y alucinaciones auditivas y visuales. Ítems: 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 41 y 42.

Síntomas negativos: 14 ítems cuyo origen es la SENS. Evalúan motivación, embotamiento afectivo y aislamiento. Ítems: 3, 4, 8, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 35, 36 y 37.

Síntomas depresivos: Explora aspectos cognitivos en la depresión, tales como pesimismo, tristeza, desesperanza y culpabilidad. Sus autores describen que ayuda a discriminar entre los síntomas negativos y positivos. Ítems: 1, 9, 12, 14, 19, 38, 39 y 40.

Los pacientes responden no sólo a la frecuencia de presentación del síntoma sino a cómo les afecta a nivel afectivo. Para esto se estudia a través de:

Escala tipo Likert: Estudiamos frecuencia de presentación: 1, nunca; 2, algunas veces; 3, a menudo; 4, me molesta mucho.

Escala tipo Likert: Intensidad del distrés que provoca el síntoma en el caso de que se presente: 1, no molesta nada; 2, molesta un poco; 3, es bastante molesto; 4, me molesta mucho.

Es necesario recodificar los valores para obtener las puntuaciones: Así 0=1, 1=2, 2=3 y el 3=4. Para obtener la puntuación de cada área y del global, sumamos los valores directos ya recodificados y dividimos entre el número de ítems que puntúan diferente a 0.

2. ASI:

Este inventario se compone de 29 ítems que cuantifican la saliencia aberrante y tendencia a la psicosis en muestras clínicas y controles a través de una escala dicotómica de verdadero o falso.

Estos ítems se crearon por David C. Cicero y John G. Kerns basándose en las descripciones fenomenológicas de la experiencia inicial de la psicosis, descripción de los pródromos en esquizofrenia y transcripciones de entrevistas a pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Según los creadores está compuesta por cinco factores dimensionales:

-Significado incrementado(1, 5, 10, 15, 16, 21, 27): Ej: “¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales, de pronto adquieren una importancia o significado especial para ti?”.

Este factor sería central en la teoría de Kapur y explica el aumento de saliencia hacia estímulos irrelevantes. Se describe como el factor que puede conducir hacia los otros cuatro.

-Agudización de los sentidos o sentido de nitidez (3, 9, 12, 18, 22): Ej: “¿Sientes algunas veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?”

Este segundo factor involucra los fallos en la percepción que dan lugar a sentimientos subjetivos sobre la sensación de tener los sentidos agudizados. anomalías de percepción en forma de sentimientos subjetivos sobre la agudización de los sentidos. Este factor es descrito en fases prodrómicas. Descrito más comúnmente que el primer factor en individuos con Esquizofrenia.

-Comprensión inminente (2, 6, 11, 17, 29): “¿Sientes algunas veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?”

Otro factor central en la teoría de Kapur. La saliencia aberrante haría sentir un avance en la comprensión de los elementos del entorno.

-Emociones incrementadas (8, 14, 20, 24, 26, 28) : “¿Alguna vez has sentido una urgencia inexplicable, y no estás seguro de qué hacer?”

-Cognición aumentada (4, 7, 13, 19, 23, 25): “¿Has sentido alguna vez como si los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?”.

De nuevo descritos estos cuarto y quinto factor en fases prodrómicas. Serían la respuesta al esfuerzo que el individuo realiza por comprender las emociones y pensamientos asociados a experimentar esta saliencia aberrante.

En la población general se puede experimentar saliencia aberrante, pero es en los individuos con mayor riesgo de desarrollo de psicosis o en aquellos que han presentado episodios psicóticos previos en donde las puntuaciones del ASI se han descrito más altas. En relación a este punto, es interesante describir que las puntuaciones en ASI presentan una distribución normal en la población general.

3.5 Procesamiento estadístico de los datos.

Se ha realizado un análisis cuantitativo para probar el objetivo de investigación de nuestro trabajo, el cual es validar el Inventario de Saliencia Aberrante para su uso en población con esquizofrenia, y para ello se utilizó el software estadístico SPSS 25.0.

Primero, se ha realizado un análisis de fiabilidad del instrumento, este análisis permite analizar la consistencia interna basándonos en el alfa de Cronbach. A través de esta medida, estimamos a través de un conjunto de ítems agrupados, que estos midan el mismo constructo o dimensión teórica. Estudiamos también la validez del instrumento, para estimar el grado en el que el instrumento mida aquello que pretendemos medir.

Para identificar la estructura interna del ASI también realizamos un análisis factorial exploratorio, utilizando el método de componentes principales. A continuación se aplicó una rotación Varimax, porque este método de rotación asume que los factores son independientes entre sí y minimiza el número de variables con altas cargas factoriales en un factor, de tal manera que la matriz de componente es más sencilla de interpretar. Referente a la medida de adecuación de Kaiser Meyer, se considera aceptable para valores superiores a 0,6 en nuestro caso toma un valor de 0,872 (cuanto más cercana a 1 mejor) y la prueba de esfericidad de Bartlett sale significativa (menor de 0,05), por tanto, podemos aplicar correctamente el análisis factorial.

La varianza explicada de cada factor antes y después de la rotación, se considera que hay 5 factores con valores propios superiores a 1, aunque hay uno que prevalece sobre los demás. Esto de cara a probar que nuestro cuestionario vale como escala para medir una dimensión es bueno, aunque puede valer para medir hasta 5 dimensiones distintas.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y gráfico de las principales variables objeto de estudio de nuestro trabajo. Incluiremos también la prueba de normalidad de las variables cuantitativas para saber que test aplicar en el posterior contraste de hipótesis (test paramétricos o no paramétricos).

Una vez realizado el análisis descriptivo comenzamos aplicando los test estadísticos necesarios para probar el objetivo de la investigación.

En este apartado se probó si las dimensiones del cuestionario ASI Y CAPE son independientes respecto a ciertas variables que utilizaremos como factores (Grupo, estado civil, sexo...), es decir, se recurre a comparar las medias de las distribuciones de las dimensiones en los diferentes grupos establecidos por nuestras variables sociodemográficas. Utilizaremos diferentes pruebas de independencia dependiendo si la variable cuantitativa se distribuye normalmente en las diferentes categorías de la variable cualitativa (test paramétricos) o por el contrario si no tiene distribución normal en las diferentes categorías de la variable cualitativa (test no paramétricos), también el tipo de test dependerán de si la variable categórica o cualitativa tiene 2 o más de 2 categorías. En nuestro caso al no cumplirse los criterios de normalidad (pruebas que no aportamos) aplicaremos los test no paramétricos, todos con un nivel de confianza del 95%.

Para relacionar nuestras dimensiones entre sí, las cuales son variables cuantitativas, hemos aplicado el concepto de relación o correlación, que se refiere al grado de variación conjunta existente entre dos o más variables. Cuando la distribución de ambas variables es normal utilizaremos la correlación de Pearson, en nuestro caso, que es el contrario, utilizaremos la correlación de Spearman.

Recordemos que si el coeficiente de correlación r es positivo la correlación entre las variables es positiva o directa (cuando una variable aumenta la otra también), además cuanto más cerca este de 1 más fuerte es la correlación y cuanto más cerca de 0 menos correlación. En cambio, si el coeficiente de correlación r es negativo la correlación es negativa o inversa (cuando una variable aumenta la otra disminuye), además cuanto más cerca este de -1 más fuerte es la correlación y cuanto más cerca de 0 menos correlación hay entre las variables.

4. RESULTADOS

4.1 Estadística descriptiva: Descripción de la muestra.

Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra completa.

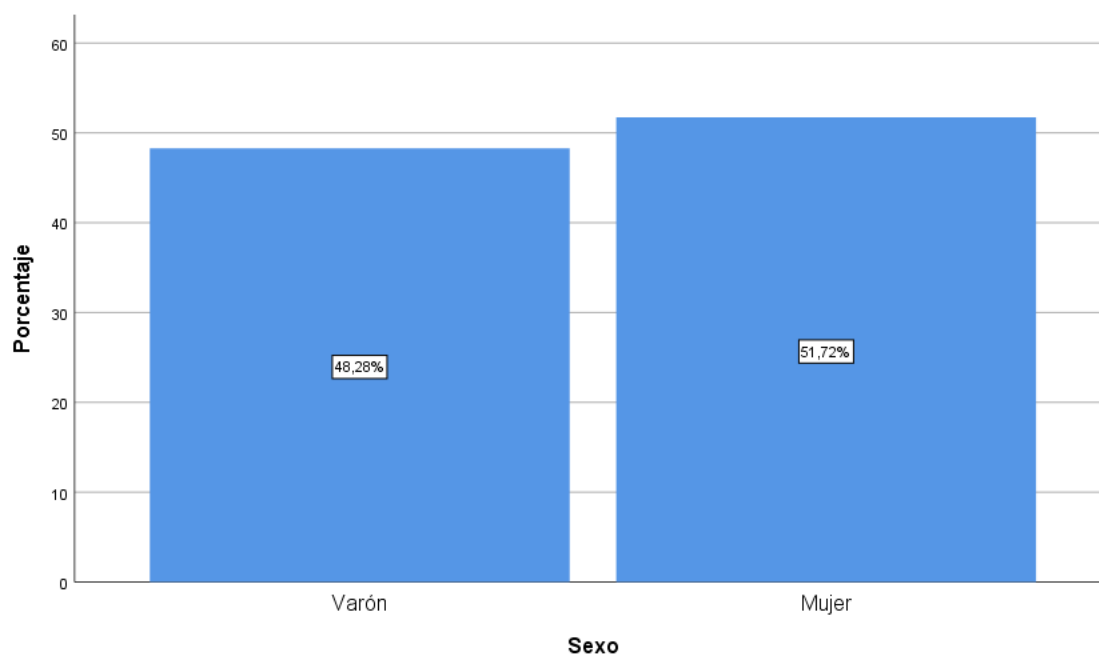
Una vez recogida nuestra muestra de 203 individuos mediante un muestreo aleatorio simple, se obtuvieron en el análisis descriptivo las siguientes características sociodemográficas.

4.1.1 Sexo

La distribución de variable sexo fue de 48.3% de varones y 51.7% mujeres.

Gráfica 1.

Variables sociodemográficas: Sexo



4.1.2 Edad

Las edades de los integrantes estuvo comprendida entre los 21 y los 77 años, siendo la edad media de 44.52 años.

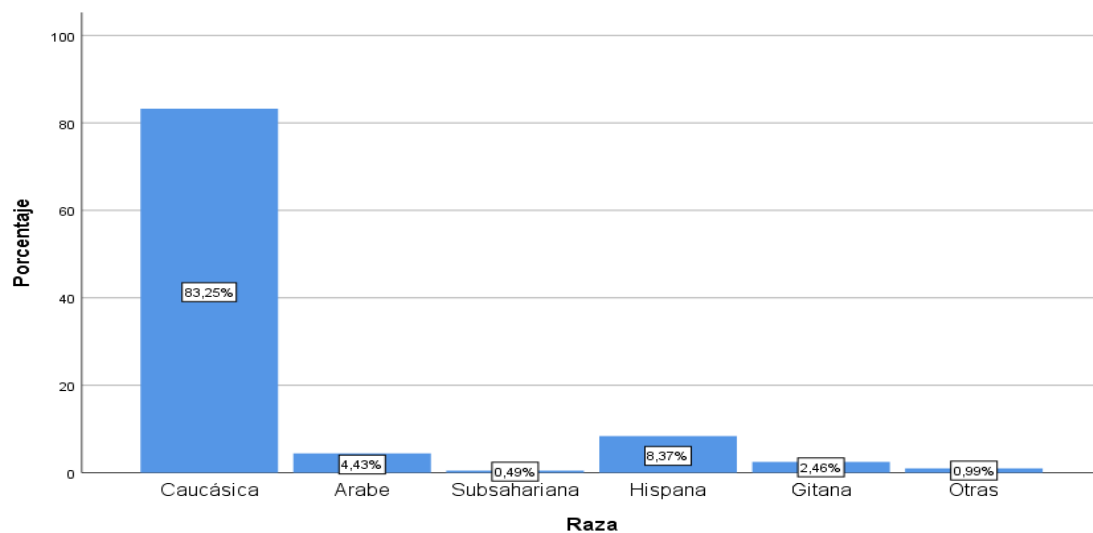
Tabla1.*Variables sociodemográficas: Edad***Descriptivos**

		Estadístico	Desv. Error
Edad	Media	44,52	,908
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	42,73 46,31
	Media recortada al 5%	44,29	
	Mediana	44,00	
	Varianza	167,340	
	Desv. Desviación	12,936	
	Mínimo	21	
	Máximo	77	
	Rango	56	
	Rango intercuartil	20	
	Asimetría	,200	,171
	Curtosis	-,725	,340

4.1.3 Raza

La distribución de la raza en la muestra ha sido en un 83.3% caucásica, árabe 4.4%, subsahariana 0.5 %, hispana 8.4%, gitana 2.5%, otras 0.99%.

Gráfica 2.*Variables sociodemográficas: Raza*

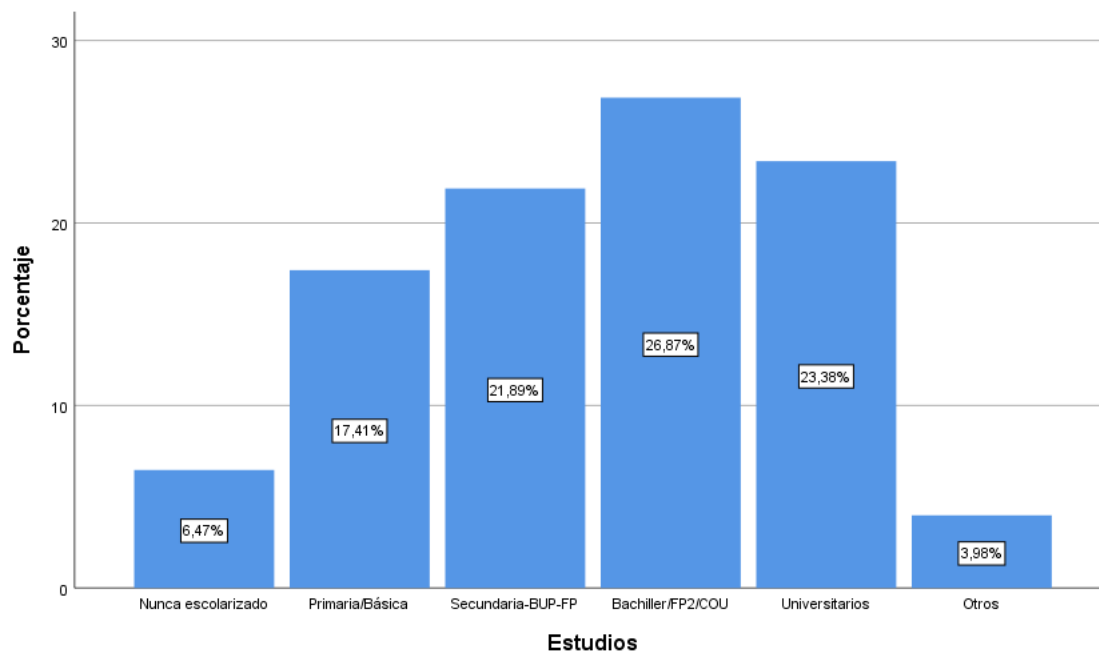


4.1.4 Nivel de estudios

El nivel de estudios: Nunca escolarizado 6.5%, primaria/básica 17.2%, secundaria BUP 21.9%, Bachiller/FP/COU 26.9%, universitarios 23.4%, otros 4% ,perdiéndose 2 en el conteo.

Gráfica 3.

Variables sociodemográficas: Nivel de estudios

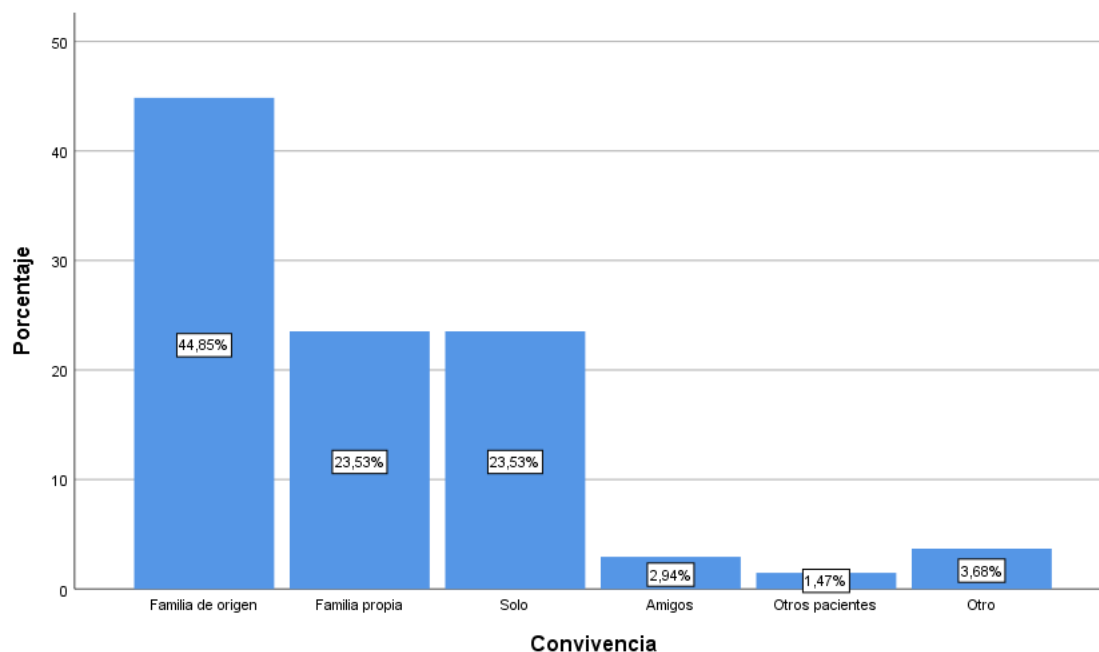


4.1.5 Ámbito de convivencia

Respecto al ámbito de convivencia un 44.9 % conviven con la familia de origen, un 23.5 % con la familia propia, un 23.5% solo, un 2.9% con amigos, con otros pacientes un 1.5%, otros: 3.7% sin especificarse.

Gráfica 4.

Variables sociodemográficas: Ámbito de convivencia

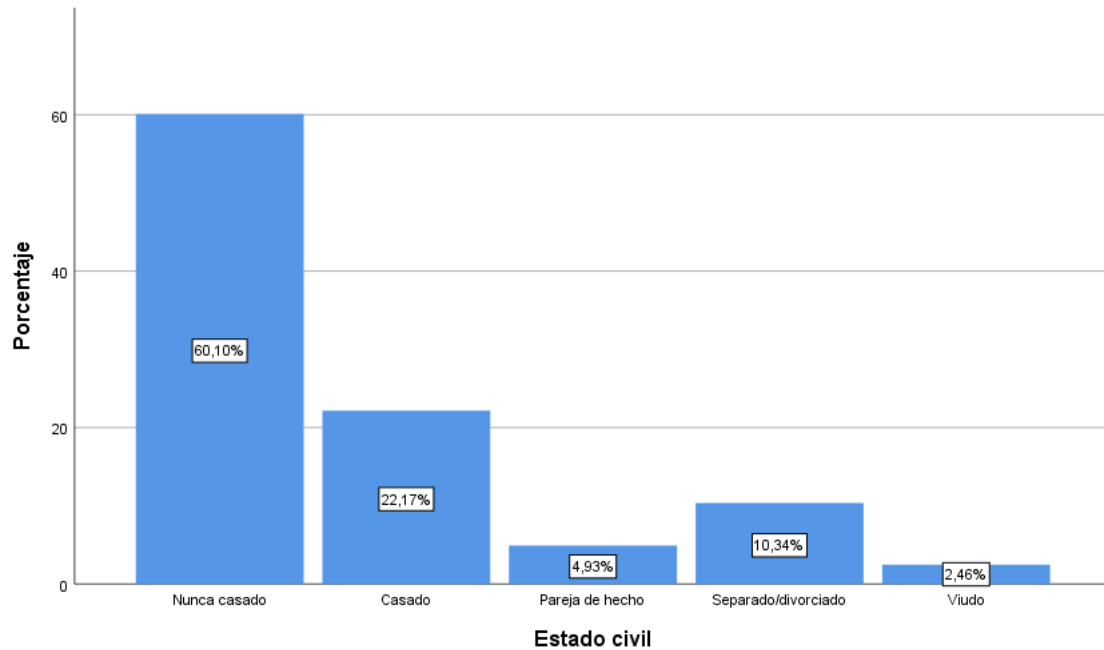


4.1.6 Estado civil

En cuanto al estado civil se distribuye así: Nunca casado 60.1%, casado 22.2%, pareja de hecho 4.9%, separado o divorciado 10.3%, viudo 2.5%.

Gráfica 5.

Variables sociodemográficas: Estado civil

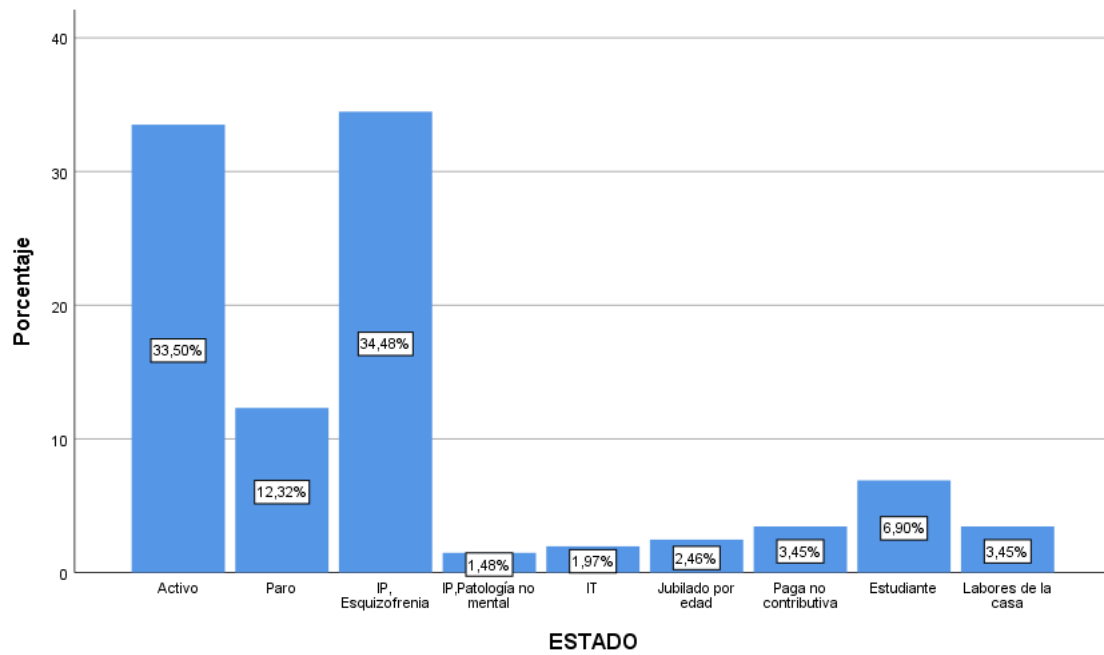


4.1.7 Situación Laboral

Respecto a la situación laboral actual: Activo un 33.5%, en paro un 12.3%, Incapacidad permanente por Esquizofrenia un 34.5%, incapacidad permanente por otra patología no mental un 1.5%, en incapacidad temporal un 2%, jubilado por edad un 2.5 %, paga no contributiva 3.4%, estudiante 6.9% y encargado de las labores de casa un 3.4%.

Gráfica 6.

Variables sociodemográficas: Situación Laboral

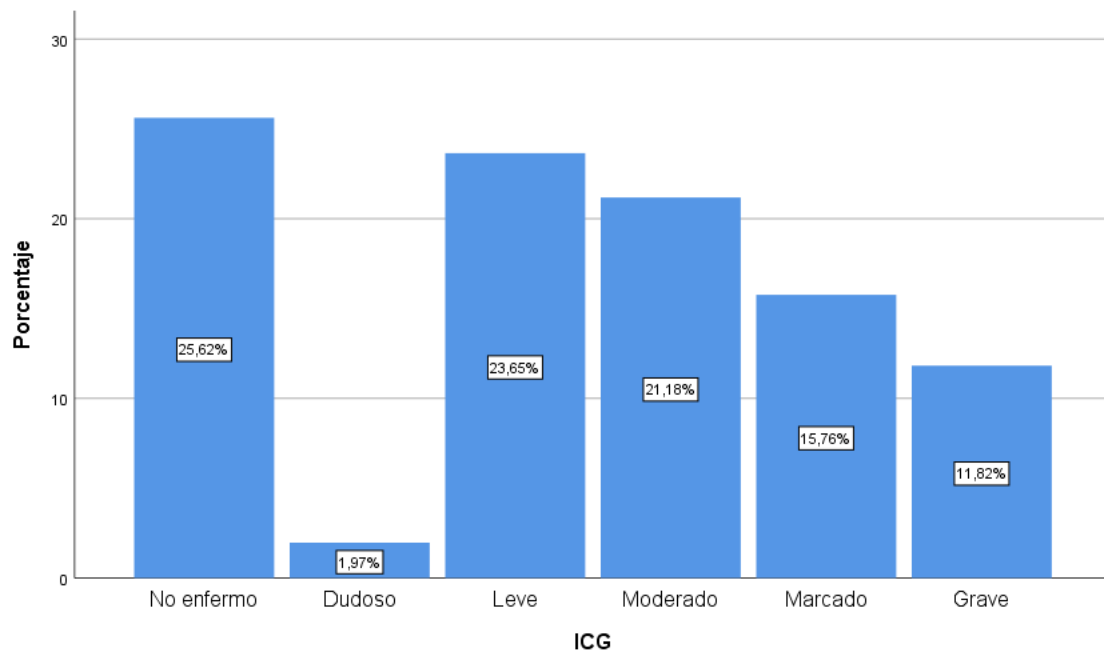


4.1.8 Situación clínica (ICG)

No enfermos un 25.6%, dudosamente enfermos 2%, levemente enfermos un 23.6%, moderadamente enfermos un 21.2%, marcadamente enfermos 15.8 % y gravemente enfermos el 11.8%.

Gráfica 7 .

Variables clínicas: ICG

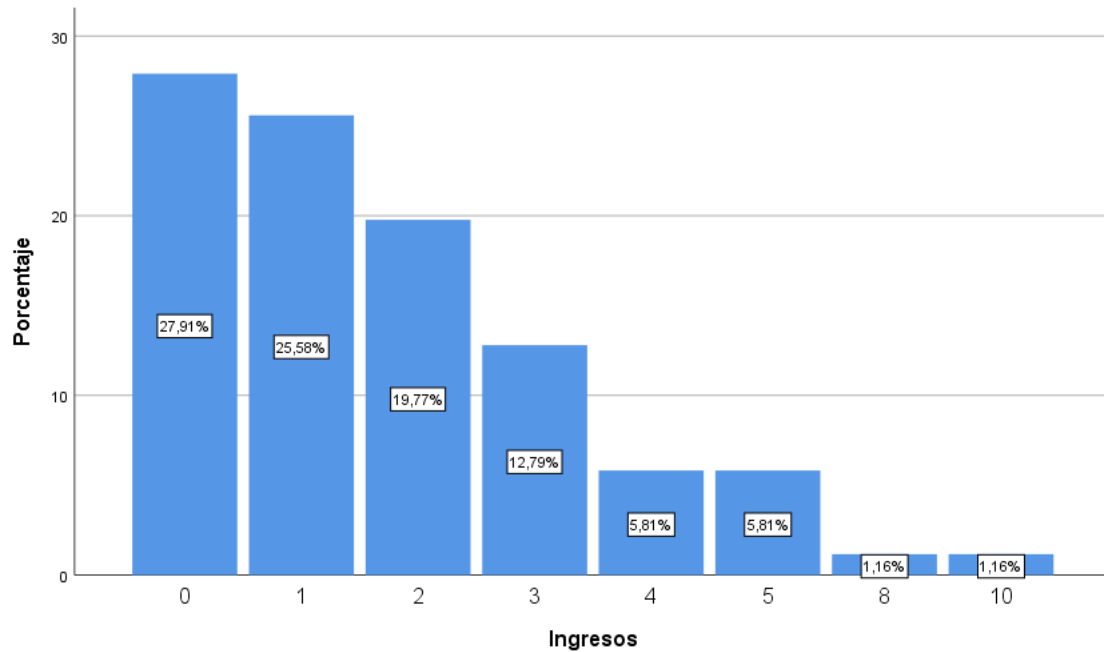


4.1.9 Número de ingresos previos.

Respecto a los datos clínicos recogidos, con relación al número de ingresos en psiquiatría tras el diagnóstico de esquizofrenia paranoide se distribuye de la siguiente manera: 0 ingresos un 27.9%, 1 ingreso un 25.6%, 2 ingresos un 19.8%, 3 ingresos un 12.8%, 4 ingresos un 5.8%, 5 ingresos un 5.8%, 8 ingresos un 1.2 %, 10 ingresos un 1.2%.

Gráfica 8.

Variables clínicas: Número de ingresos previos



4.2 Análisis de fiabilidad del inventario de Saliencia Aberrante ASI y CAPE.

Se realizó un análisis de fiabilidad del instrumento basado en un método de consistencia interna a través del alfa de Cronbach. En nuestro caso esperamos estimar la fiabilidad del ASI esperando que un conjunto de ítems del inventario midan el mismo constructo o dimensión teórica.

El instrumento muestra los siguientes niveles en cuanto a consistencia interna para cada subescala, con un alfa de Cronbach de 0.701 para *Significado incrementado*, 0.575 para *Agudización de los sentidos*, 0.696 para *Comprensión inminente*, 0.705 para *Emociones incrementadas* y 0.718 para *cognición aumentada*. En cuanto a su fiabilidad para el instrumento entero es buena con un $\alpha = 0,893$. Por tanto son cuestionables los niveles en la medida de agudización de sentidos y comprensión inminente, siendo aceptables en el resto.

El alfa de Cronbach del instrumento CAPE es $\alpha = 0.947$ siendo excelente.

Tabla2.*Análisis de fiabilidad ASI***Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,893	29

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ASI1	11,94	52,912	,406	,890
ASI2	12,19	52,790	,425	,889
ASI3	12,14	52,179	,501	,888
ASI4	12,20	52,743	,433	,889
ASI5	11,90	52,901	,417	,890
ASI6	12,04	51,884	,537	,887
ASI7	12,18	52,506	,463	,889
ASI8	12,06	52,620	,432	,889
ASI9	11,83	53,378	,374	,890
ASI10	12,04	52,815	,404	,890
ASI11	12,16	52,226	,499	,888
ASI12	12,25	52,298	,521	,888
ASI13	12,29	53,435	,365	,891
ASI14	12,24	52,432	,496	,888
ASI15	11,96	53,052	,381	,890
ASI16	12,12	52,089	,512	,888
ASI17	12,27	51,820	,604	,886
ASI18	12,29	52,482	,512	,888
ASI19	12,33	52,709	,513	,888
ASI20	11,95	52,770	,423	,890
ASI21	12,15	52,209	,500	,888
ASI22	12,15	48,790	,365	,901
ASI23	12,33	52,579	,530	,888
ASI24	12,27	52,763	,460	,889
ASI25	12,17	52,163	,511	,888
ASI26	12,15	51,780	,561	,887
ASI27	12,00	53,322	,335	,891
ASI28	12,11	52,131	,504	,888

ASI29	12,00	52,233	,481	,888
-------	-------	--------	------	------

Tabla3.

Análisis de fiabilidad: Significado incrementado (1, 5, 10, 15, 16, 21, 27)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,701	7

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ASI1	3,19	3,311	,388	,673
ASI5	3,15	3,279	,423	,664
ASI10	3,30	3,288	,381	,675
ASI15	3,21	3,294	,393	,672
ASI16	3,37	3,037	,546	,630
ASI21	3,40	3,222	,434	,661
ASI27	3,26	3,419	,307	,694

Tabla 4.

Análisis de fiabilidad: Agudización de los sentidos o sentido de nitidez (3, 9, 12, 18, 22)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,575	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
--	--	--	--	--

ASI3	1,73	3,099	,410	,496
ASI9	1,42	3,374	,298	,545
ASI12	1,84	3,064	,481	,473
ASI18	1,88	3,089	,490	,473
ASI22	1,74	1,748	,321	,678

Tabla 5.

Análisis de fiabilidad: Comprensión inminente (2, 6, 11, 17, 29)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,696	5

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ASI2	1,78	1,896	,421	,660
ASI6	1,63	1,779	,495	,628
ASI11	1,75	1,833	,464	,641
ASI17	1,85	1,780	,575	,597
ASI29	1,58	1,977	,321	,703

Tabla6.

Análisis de fiabilidad: Emociones incrementadas (8, 14, 20, 24, 26, 28)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,705	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ASI8	2,08	2,552	,380	,683

ASI14	2,27	2,513	,459	,658
ASI20	1,98	2,539	,407	,674
ASI24	2,30	2,526	,469	,656
ASI26	2,17	2,431	,479	,651
ASI28	2,14	2,496	,424	,669

Tabla 7.

Análisis de fiabilidad: Cognición aumentada (4, 7, 13, 19, 23, 25):

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,718	6

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ASI4	1,50	2,380	,354	,710
ASI7	1,48	2,172	,510	,660
ASI13	1,59	2,332	,447	,680
ASI19	1,64	2,253	,564	,648
ASI23	1,63	2,383	,443	,682
ASI25	1,47	2,300	,405	,694

Tabla 8.

Análisis de fiabilidad: CAPE

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,947	42

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CAPE1F	69,91	368,557	,540	,945
CAPE2F	70,22	364,081	,577	,945
CAPE3F	69,98	367,068	,486	,946

CAPE4F	70,13	367,441	,458	,946
CAPE5F	70,73	370,688	,458	,946
CAPE6F	70,11	367,347	,514	,945
CAPE7F	70,47	360,831	,670	,944
CAPE8F	70,37	370,037	,419	,946
CAPE9F	70,09	365,121	,573	,945
CAPE10F	70,44	358,599	,651	,944
CAPE11F	70,73	373,341	,388	,946
CAPE12F	70,30	363,981	,572	,945
CAPE13F	70,27	368,597	,394	,946
CAPE14F	70,55	366,615	,636	,945
CAPE15F	70,65	372,458	,393	,946
CAPE16F	70,23	371,693	,397	,946
CAPE17F	70,64	367,241	,509	,946
CAPE18F	69,95	366,310	,569	,945
CAPE19F	70,62	368,268	,529	,945
CAPE20F	70,62	376,848	,193	,948
CAPE21F	69,95	367,394	,493	,946
CAPE22F	70,45	362,997	,626	,945
CAPE23F	70,52	366,267	,529	,945
CAPE24F	70,63	364,602	,651	,945
CAPE25F	70,13	363,701	,553	,945
CAPE26F	70,61	361,202	,713	,944
CAPE27F	70,41	363,984	,557	,945
CAPE28F	70,56	364,905	,649	,945
CAPE29F	70,31	363,636	,585	,945
CAPE30F	70,36	362,200	,601	,945
CAPE31F	70,64	364,539	,563	,945
CAPE32F	70,37	362,205	,604	,945
CAPE33F	70,54	361,334	,606	,945
CAPE34F	70,68	365,241	,576	,945
CAPE35F	70,32	366,341	,536	,945
CAPE36F	70,08	365,796	,527	,945
CAPE37F	70,11	362,981	,545	,945
CAPE38F	70,14	367,432	,466	,946
CAPE39F	70,20	359,370	,673	,944
CAPE40F	69,98	365,313	,559	,945
CAPE41F	70,86	376,597	,286	,947
CAPE42F	70,89	374,437	,434	,946

4.3 Validación de escalas a través de Análisis Exploratorio-método de componentes principales.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir.

También se realizó un análisis factorial exploratorio, utilizando el método de componentes principales, aplicamos una rotación Varimax, ya que este método de rotación asume que los factores son independientes entre sí y minimiza el número de variables con altas cargas factoriales en un factor, haciendo la matriz de componente más sencilla de interpretar. Referente a la medida de adecuación de Kaiser Meyer, se considera aceptable para valores superiores a 0,6 en nuestro caso toma un valor de 0,872 (cuanto más cercana a 1 mejor) y la prueba de esfericidad de Bartlett sale significativa (menor de 0,05), por tanto, pudimos aplicar correctamente el análisis factorial para el estudio de la estructura interna del ASI.

Tabla 9.

Análisis factorial exploratorio

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,872
Prueba de esfericidad Aprox. Chi-cuadrado de Bartlett	1831,83
	5
gl	406
Sig.	,000

Según la regla de Kaiser, nos quedaremos sólo con aquellos factores que sean superiores a 1. Como se puede observar en la siguiente **tabla 10**, se muestra la varianza explicada de cada factor antes y después de la rotación, se considera que hay 5 factores con valores propios superiores a 1, aunque hay uno que prevalece sobre los demás. Esto de cara a probar que nuestro cuestionario vale como escala para medir una dimensión es bueno, aunque puede valer para medir hasta 5 dimensiones distintas.

Tabla 10*Varianza factores antes y después de la rotación. Regla de Kaiser.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,894	27,222	27,222	7,894	27,222	27,222	3,266	11,263	11,263
2	1,855	6,397	33,620	1,855	6,397	33,620	3,100	10,688	21,951
3	1,571	5,416	39,035	1,571	5,416	39,035	2,920	10,067	32,019
4	1,316	4,537	43,573	1,316	4,537	43,573	2,686	9,261	41,280
5	1,227	4,229	47,802	1,227	4,229	47,802	1,891	6,522	47,802
6	,993	3,978	51,780						
7	,989	3,605	55,385						
8	,984	3,392	58,777						
9	,933	3,218	61,995						
10	,900	3,102	65,097						
11	,880	3,034	68,131						
12	,827	2,853	70,984						
13	,786	2,710	73,694						
14	,750	2,586	76,280						
15	,706	2,434	78,714						
16	,636	2,192	80,906						
17	,607	2,092	82,998						
18	,571	1,968	84,966						
19	,548	1,890	86,856						
20	,500	1,723	88,579						
21	,472	1,629	90,208						
22	,441	1,521	91,728						
23	,418	1,441	93,169						
24	,406	1,399	94,568						
25	,384	1,323	95,891						
26	,343	1,182	97,073						
27	,307	1,060	98,133						
28	,294	1,012	99,145						
29	,248	,855	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 11.

Comunalidades.

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
ASI1	1,000	,568
ASI2	1,000	,539
ASI3	1,000	,513
ASI4	1,000	,262
ASI5	1,000	,459
ASI6	1,000	,494
ASI7	1,000	,464
ASI8	1,000	,478
ASI9	1,000	,420
ASI10	1,000	,393
ASI11	1,000	,413
ASI12	1,000	,517
ASI13	1,000	,521
ASI14	1,000	,397
ASI15	1,000	,328
ASI16	1,000	,559
ASI17	1,000	,599
ASI18	1,000	,558
ASI19	1,000	,641
ASI20	1,000	,555
ASI21	1,000	,513
ASI22	1,000	,327
ASI23	1,000	,508
ASI24	1,000	,431
ASI25	1,000	,358
ASI26	1,000	,498
ASI27	1,000	,563
ASI28	1,000	,523
ASI29	1,000	,464

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Se denomina "comunalidad" a la proporción de la varianza explicada por los factores comunes en una variable. La communalidad es la suma de los pesos factoriales al cuadrado en cada una de las filas. En nuestro caso vemos que el modelo es capaz de reproducir el 56,8% de la variabilidad de la variable ASI1 y así respectivamente con todas.

Seguidamente muestro la matriz de componentes rotadas:

Tabla12.

Matriz de componente rotado.

Matriz de componente rotado ^a					
	Componente				
	1	2	3	4	5
ASI1	,107	,260	,054	,682	-,142
ASI2	,558	-,068	,260	,372	-,133
ASI3	,241	-,005	,381	,545	,113
ASI4	,170	,381	,240	,141	,104
ASI5	,178	,173	,024	,629	,039
ASI6	,608	,230	,058	,210	,156
ASI7	,246	,098	,616	,059	,107
ASI8	,506	,185	,113	-,096	,408
ASI9	-,063	,102	,233	,525	,274
ASI10	,374	-,036	,053	,340	,365
ASI11	,502	,181	,318	,163	-,020
ASI12	,121	,221	,636	,171	,141
ASI13	,124	,008	,705	,087	-,005
ASI14	,511	,213	,289	,060	,049
ASI15	,270	,051	,028	,390	,316
ASI16	,518	,047	-,020	,449	,294
ASI17	,561	,339	,391	,096	-,086
ASI18	-,089	,395	,527	,249	,232
ASI19	,446	,271	,586	-,160	-,016
ASI20	,327	,714	,021	,147	-,081
ASI21	,211	,496	-,011	,336	,452
ASI22	-,055	,428	,307	,081	,200
ASI23	,205	,446	,315	-,045	,408
ASI24	,318	,570	,180	-,063	,146
ASI25	,265	,434	,395	,148	,196
ASI26	,545	,342	,030	,224	,183
ASI27	,014	,105	,159	,089	,720

ASI28	,381	,542	,183	,367	-,168
ASI29	,190	,440	-,085	,369	,302

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 21 iteraciones.

En la parte superior tenemos las componentes en la izquierda las variables y en el interior las cargas factoriales, las cuales expresan la magnitud de la correlación entre las variables y los factores y si son correlaciones directas o inversas, solo nos hemos quedado con aquellas correlaciones superiores a 0,3 para poder decidir que variables conforman cada factor, ya que por la naturaleza de cada variable o por el grado de correlación con el factor.

4.4 *Contraste de Hipótesis: Diseño transversal*

Una vez realizado el análisis descriptivo comenzamos aplicando los test estadísticos necesarios para probar nuestros objetivos de investigación.

En este apartado veremos si las principales variables de nuestro trabajo son independientes respecto a ciertas variables que utilizaremos como factores, es decir, se recurre a comparar las medias de las distribuciones de la variable cuantitativa en los diferentes grupos establecidos por la variable cualitativa o categórica.

4.4.1 *Comprobación de hipótesis primarias*

Hipótesis 1: Los sujetos con esquizofrenia puntuarán más alto en el Inventario de ASI frente a los sujetos controles sanos.

Gráfica 9

Media de puntuación ASI pacientes vs controles.

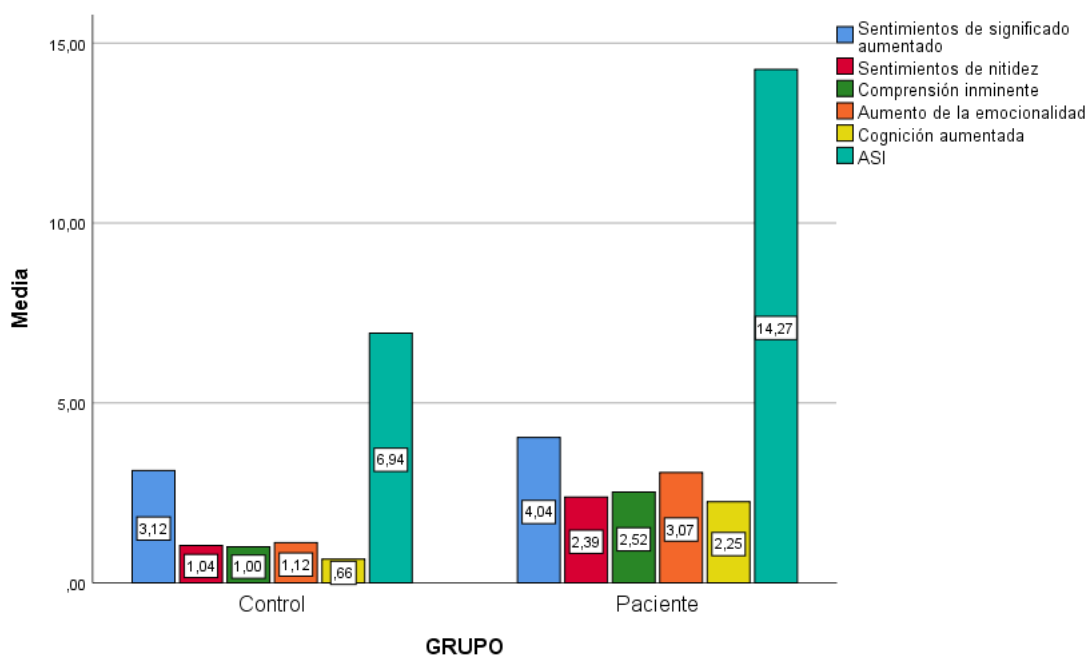


Tabla 10.

Media de puntuaciones ASI en diferentes dimensiones y puntuación total. Pacientes vs controles.

	GRUPO				
	Control		Paciente		U-MANN WHITNEY
	Media	Desv.	Media	Desv.	P-VALOR
Sentimientos de significado aumentado	3,1200	2,11544	4,0392	1,99302	,005
Sentimientos de nitidez	1,0400	1,12413	2,3856	1,61051	,000
Comprensión inminente	1,0000	1,08797	2,5229	1,61850	,000
Aumento de la emocionalidad	1,1200	1,06215	3,0654	1,79793	,000
Cognición aumentada	,6600	,98167	2,2549	1,79740	,000
ASI	6,9400	4,91316	14,2680	6,99060	,000

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre la puntuación total en pacientes ASI (14.2680 ± 6.99060) y la puntuación total en la muestra no clínica de controles (6.9400 ± 4.91316).

De igual manera esto se cumple en cada una de las dimensiones ASI estudiadas, las repasaremos una a una:

Sentimientos de significado aumentado: El valor medio en los pacientes (4.0392 ± 1.99302) es significativamente superior ($p < 0.01$) al valor medio de los controles (3.1200 ± 2.11544).

Sentimientos de nitidez: El valor medio en los pacientes (2.3856 ± 1.61501) es significativamente superior ($p < 0.01$) al valor medio de los controles (1.0400 ± 1.2413).

Comprensión inminente: El valor medio en los pacientes (2.5229 ± 1.61850) es significativamente superior ($p < 0.01$) al valor medio de los controles (1.0000 ± 1.08797).

Aumento de la emocionalidad: El valor medio en los pacientes (3.06544 ± 1.79793) es significativamente superior ($p < 0.01$) de los controles (1.1200 ± 1.06215).

Cognición aumentada: El valor medio en los pacientes (2.2549 ± 1.79740) es significativamente superior ($p < 0.001$) de los controles (0.6600 ± 0.98167).

Resumen: Tenemos evidencias estadísticas muy sólidas para apoyar que los pacientes puntúan en ASI más alto que los controles.

Hipótesis 2 y 3: *Existirá una correlación positiva entre la puntuación total del ASI y la puntuación de síntomas positivos del CAPE. Existirá una correlación negativa entre puntuación total del ASI y síntomas negativos y síntomas depresivos del CAPE.*

Referente a la correlación entre nuestras dimensiones, una vez aplicada la correlación de Spearman se obtuvo una correlación positiva media baja entre el ASI total y las dimensiones de síntomas positivos ($r = 0.282$; $p = 0.01$), al igual que entre el ASI total y las dimensiones de síntomas negativos ($r = 0.282$; $p = 0.000$) y síntomas depresivos ($r = 0.279$; $p = 0.001$) en el CAPE.

Tabla 11.

Correlaciones entre las diferentes dimensiones ASI, dimensiones CAPE y puntuación total CAPE y ASI en población de pacientes.

Correlaciones										
Rho de Spearman PACIENTE	Sent de sig aume nt	Sent de nitid ez	Com pr inmin e	Aumen to de la emocio n	Cognici ón aumen	ASI	Síntom as Positivo s	Síntoma s Negativ os	Síntoma s Depresiv os	CAP E TOTA L
Sentimiento r s de significado Si aumentado g. N	1,000 . 153	,499* . 153	,608** ,000 153	,526** ,000 153	,468** ,000 153	,793** ,000 153	,087 ,307 141	,194* ,017 152	,197* ,016 149	,210** ,010 152
Sentimiento r s de nitidez Si g. N	,499** . 153	1,00 0 . 153	,460** ,000 153	,497** ,000 153	,480** ,000 153	,735** ,000 153	,143 ,090 141	,118 ,149 152	,118 ,152 149	,148 ,068 152
Comprensión r n inminente Si g. N	,608** . 153	,460* . 153	1,00 0 . 153	,589** ,000 153	,493** ,000 153	,795** ,000 153	,249** ,003 141	,232** ,004 152	,218** ,008 149	,306** ,000 152
Aumento de r la emocionalid Si ad g. N	,526** . 153	,497* . 153	,589** ,000 153	1,00 . 153	,506** ,000 153	,798** ,000 153	,301** ,000 141	,344** ,000 152	,340** ,000 149	,395** ,000 152
Cognición r aumentada Si g. N	,468** . 153	,480* . 153	,493** ,000 153	,506** ,000 153	1,00 . 153	,736** ,000 153	,289** ,001 141	,257** ,001 152	,222** ,006 149	,338** ,000 152
ASI r Si g. N	,793** . 153	,735* . 153	,795** ,000 153	,798** ,000 153	,736** ,000 153	1,00 0 . 153	,282** ,001 141	,282** ,000 152	,279** ,001 149	,353** ,000 152

Síntomas Positivos	r	,087	,143	,249**	,301**	,289**	,282**	1,000	,474**	,584**	,766**
	Si g.	,307	,090	,003	,000	,001	,001	.	,000	,000	,000
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	139	141
Síntomas Negativos	r	,194*	,118	,232**	,344**	,257**	,282**	,474**	1,000	,708**	,879**
	Si g.	,017	,149	,004	,000	,001	,000	,000	.	,000	,000
	N	152	152	152	152	152	152	141	152	149	152
Síntomas Depresivos	r	,197*	,118	,218**	,340**	,222**	,279**	,584**	,708**	1,000	,825**
	Si g.	,016	,152	,008	,000	,006	,001	,000	,000	.	,000
	N	149	149	149	149	149	149	139	149	149	149
CAPE TOTAL	r	,210**	,148	,306**	,395**	,338**	,353**	,766**	,879**	,825**	1,000
	Si g.	,010	,068	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	152	152	152	152	152	152	141	152	149	152

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Resumen: No se cumple que a más puntuación en el ASI se produzca una correlación positiva fuerte, es decir a más puntuación ASI, más puntuación en sintomatología positiva en el CAPE. Tampoco se cumple la correlación negativa esperada, a mayor puntuación en ASI menor puntuación en síntomas depresivos y negativos.

4.4.2 Comprobación hipótesis secundarias: Diseño transversal.

Relación entre saliencia aberrante y nivel de estudios.

Gráfica 10

Media en puntuaciones totales y diferentes dimensiones ASI según nivel de estudios.

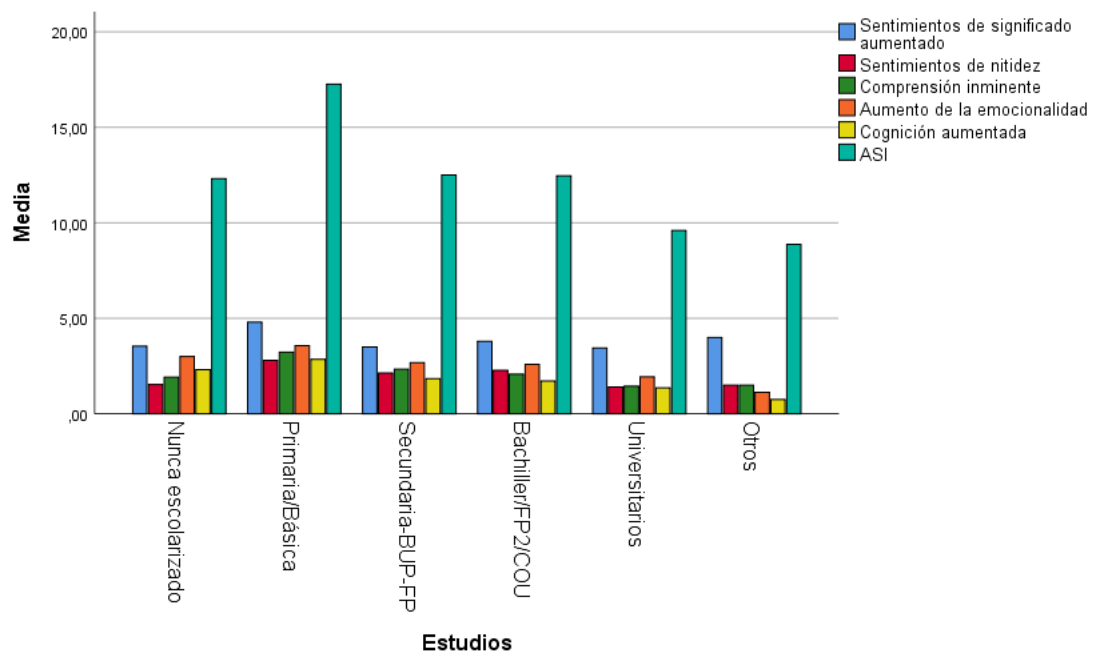


Tabla 11.

Diferencias en ASI y CAPE según nivel de estudios.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Sentimientos de significado aumentado	11,230	5	,047
Sentimientos de nitidez	17,508	5	,004
Comprensión inminente	25,974	5	,000
Aumento de la emocionalidad	21,936	5	,001
Cognición aumentada	18,418	5	,002
ASI	26,048	5	,000
Síntomas Positivos	5,987	5	,307
Síntomas Negativos	1,012	5	,962

Síntomas Depresivos	5,848	5	,321
CAPE TOTAL	2,840	5	,725

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Estudios

Existen diferencias estadísticamente significativas($p < 0.05$) entre el valor medio de cada una de las dimensiones ASI y la puntuación ASI total según el nivel de estudios, no ocurriendo esto en la muestra de pacientes a los que se aplica el CAPE.

A continuación describiré las medias de la puntuación total de ASI en los distintos niveles de estudios:

Nunca escolarizado (12.3077 ± 7.39802), primaria básica(17.257 ± 5.42512), secundaria/BUP (12.5000 ± 7.75447); Bachiller(12.4630 ± 7.46239); Universitarios(9.5957 ± 6.30272), Otros(Doctorado)(8.8750 ± 6.135694)

RESUMEN: Se dan diferencias en los grupos pero estas no siguen un orden proporcional al nivel de estudios, destacando con una puntuación menor en ASI aquellos con estudios superiores de doctorado.

Relación entre saliencia aberrante y sexo.

Tabla 12.

Medias por sexo en diferentes dimensiones de ASI y CAPE y puntuación total de ambas.

	Sexo				
	Varón		Mujer		U MANN WHITNEY
	Media	Desv.	Media	Desv.	P-VALOR
Sentimientos de significado aumentado	4,0408	1,87726	3,6000	2,19965	,131
Sentimientos de nitidez	2,1327	1,65372	1,9810	1,57493	,525
Comprensión inminente	2,4490	1,55399	1,8667	1,67600	,008
Aumento de la emocionalidad	2,9694	1,85813	2,2286	1,77188	,004
Cognición aumentada	2,0714	1,77177	1,6667	1,75777	,068
ASI	13,6633	6,85030	11,3429	7,47409	,012

Síntomas Positivos	1,3536	,46016	1,3995	,50418	,794
Síntomas Negativos	1,3995	,45569	1,3783	,47432	,741
Síntomas Depresivos	1,3467	,47597	1,3067	,45960	,448
CAPE TOTAL	1,3808	,41517	1,3429	,39987	,616

Gráfica 11.

Puntuación media ASI en las diferentes dimensiones y puntuación total dividido por sexo.

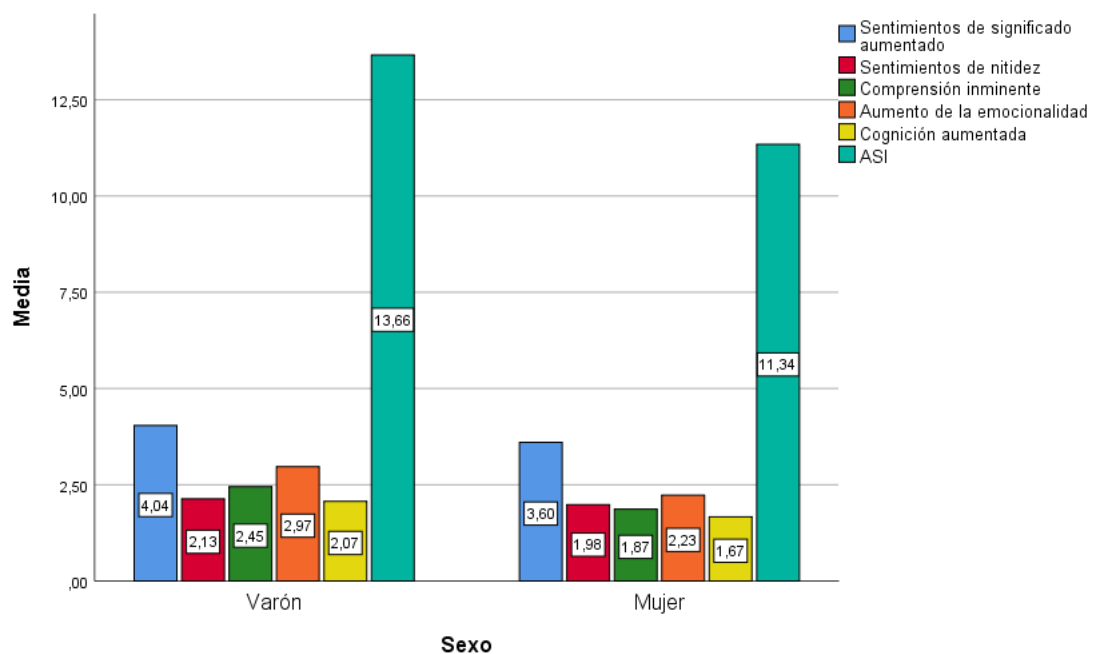


Tabla 13

Diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en 2 dimensiones ASI y puntuación total.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintótica(bilateral)
Sentimientos de significado aumentado	4519,000	10084,000	-1,511	,131

Sentimientos de nitidez	4884,000	10449,000	-,635	,525
Comprensión inminente	4046,500	9611,500	- 2,669	,008
Aumento de la emocionalidad	3970,000	9535,000	- 2,845	,004
Cognición aumentada	4400,000	9965,000	- 1,822	,068
ASI	4098,500	9663,500	- 2,505	,012
Síntomas Positivos	2347,000	5833,000	-,261	,794
Síntomas Negativos	2740,500	4885,500	-,331	,741
Síntomas Depresivos	2522,500	4538,500	-,759	,448
CAPE TOTAL	2693,500	4838,500	-,502	,616

a. Variable de agrupación: Sexo

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en la dimensión de comprensión inminente siendo la media en hombres (2.4490 ± 1.55399) frente a (2.2286 ± 1.77188) en mujeres; en la dimensión de aumento de emocionalidad siendo la media en hombres (2.9694 ± 1.85813) frente a (2.2286 ± 1.77188) en mujeres. El ASI total también muestra diferencias significativas ($p > 0.05$) siendo la puntuación media mayor en hombres (13.6633 ± 6.85030) frente a (11.3429 ± 7.47409) en mujeres

Relación entre saliencia aberrante y estado civil.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) únicamente en la dimensión de Cognición aumentada según el estado civil del entrevistado, siendo las medias en los distintos grupos de: Nunca casado (2.0902 ± 1.81820); casado (1.1778 ± 1.46612); pareja de hecho (2.100 ± 2.02485); separado/ divorciado (1.7619 ± 1.78619); viudo (2.4000 ± 1.51658)

Tabla14.

Diferencias estadísticamente significativas en dimensión “ cognición aumentada” según estado civil.

	Ecivil										
	Nunca casado		Casado		Pareja de hecho		Separado/divorciado		Viudo		KRUSKAL WALLIS
	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.	P-VALOR
Sentimientos de significado aumentado	3,8689	2,15878	3,5333	1,96098	3,2000	1,81353	4,2381	1,70014	4,4000	2,30217	,486
Sentimientos de nitidez	1,9098	1,60580	2,0222	1,45366	2,0000	1,88562	2,6190	1,65759	3,6000	1,67332	,108
Comprensión inminente	2,2131	1,64759	1,6444	1,47949	2,5000	1,84089	2,5238	1,63153	2,8000	2,04939	,165
Aumento de la emocionalidad	2,6885	1,87670	2,1111	1,62680	2,7000	2,16282	2,8095	1,83355	3,2000	2,38747	,411
Cognición aumentada	2,0902	1,81820	1,1778	1,46612	2,1000	2,02485	1,7619	1,78619	2,4000	1,51658	,036
ASI	12,7705	7,37517	10,4889	6,46537	12,5000	8,00347	13,9524	7,15176	16,4000	8,70632	,176
Síntomas Positivos	1,3688	,47315	1,3948	,46387	1,5320	,50390	1,2847	,57126	1,4600	,40833	,552
Síntomas Negativos	1,3959	,44554	1,4346	,54546	1,2900	,43538	1,2624	,43260	1,6650	,49856	,349
Síntomas Depresivos	1,3112	,45405	1,3884	,46861	1,4033	,53951	1,2612	,49328	1,5950	,70434	,700
CAPE TOTAL	1,3620	,38174	1,3965	,45584	1,3950	,45610	1,2724	,47037	1,5675	,48726	,523

Relación entre saliencia aberrante y raza.

Gráfica 12.

Medias ASI diferentes dimensiones y puntuación total según raza.

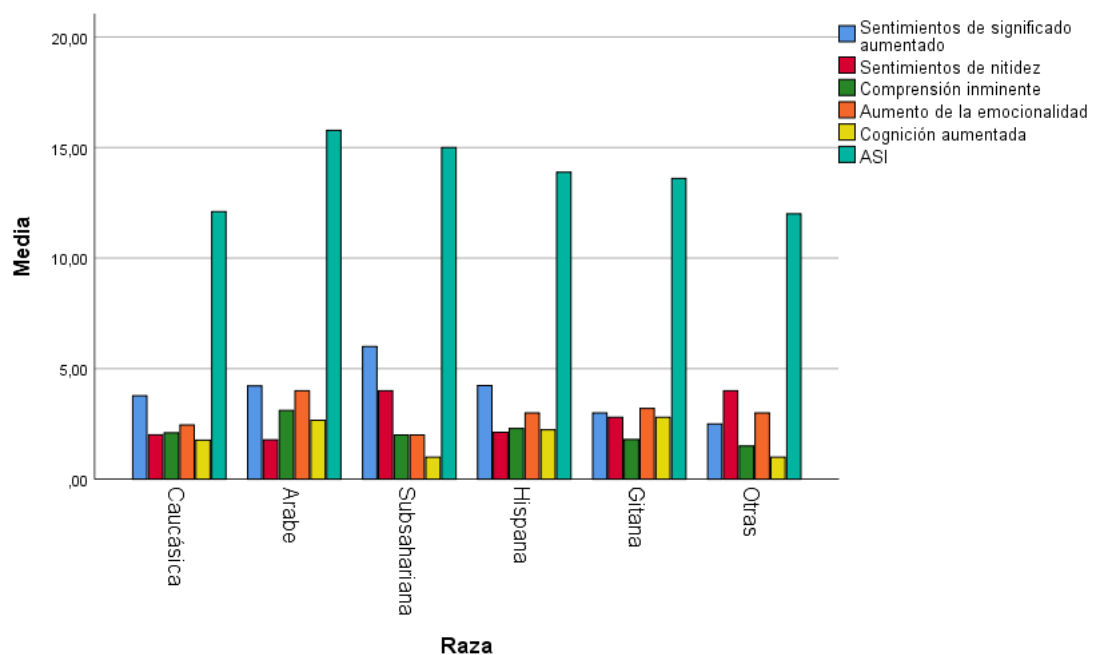


Tabla 14

Ausencia de diferencias significativas según raza.

Estadísticos de prueba^{a,b}

	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Sentimientos de significado aumentado	4,190	5	,522
Sentimientos de nitidez	5,549	5	,353
Comprensión inminente	3,079	5	,688
Aumento de la emocionalidad	7,273	5	,201
Cognición aumentada	5,100	5	,404
ASI	2,978	5	,703

Síntomas Positivos	7,562	5	,182
Síntomas Negativos	5,136	5	,399
Síntomas Depresivos	4,803	5	,440
CAPE TOTAL	5,766	5	,330

a. Prueba de Kruskal Wallis

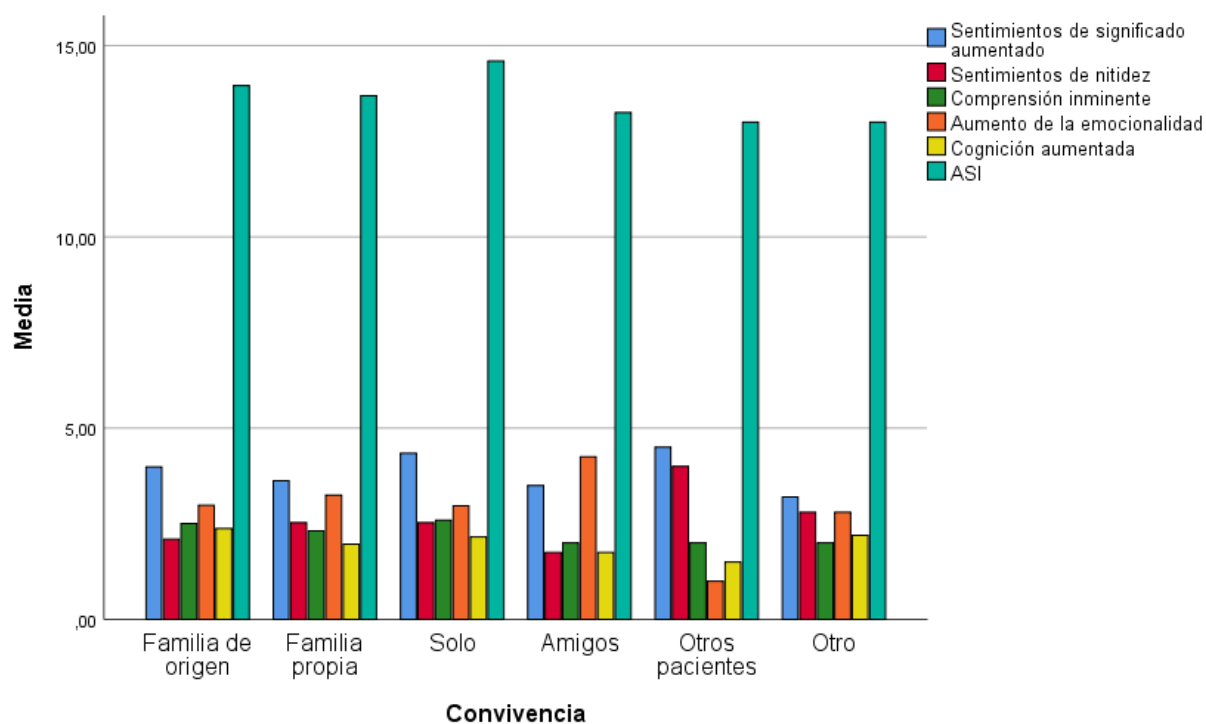
b. Variable de agrupación: Raza

RESUMEN: No se observan diferencias estadísticamente reseñables.

Relación entre saliencia aberrante y tipo de convivencia.

Gráfica 13.

Puntuaciones ASI según tipo de convivencia



Gráfica 14.

Puntuaciones CAPE según nivel de convivencia.

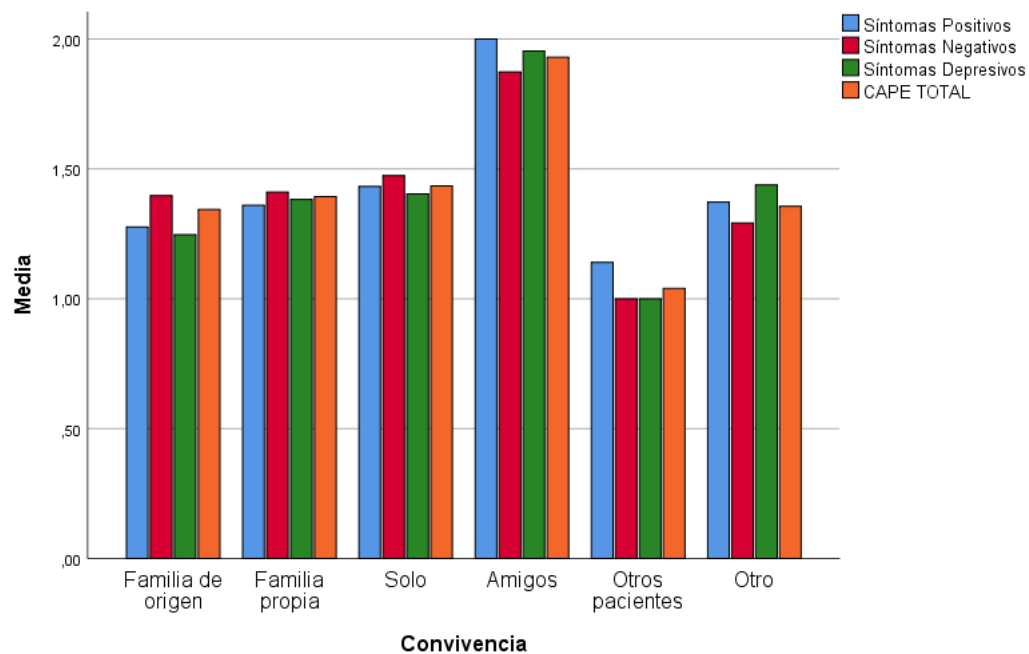


Tabla 15.

Ausencia de diferencias significativas según tipo de convivencia en puntuaciones ASI y CAPE.

	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig. asintótica
Sentimientos de significado aumentado	3,297	5	,654
Sentimientos de nitidez	5,659	5	,341
Comprensión inminente	1,354	5	,929
Aumento de la emocionalidad	4,963	5	,420
Cognición aumentada	1,479	5	,915
ASI	,611	5	,988
Síntomas Positivos	5,778	5	,328
Síntomas Negativos	6,224	5	,285
Síntomas Depresivos	6,551	5	,256
CAPE TOTAL	6,234	5	,284

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Convivencia

RESUMEN: No existen diferencias estadísticamente significativas según el nivel de convivencia.

Relación entre puntuación ASI y niveles ICG de pacientes.

Se determinó la capacidad del ASI para discriminar entre los distintos niveles de gravedad de la enfermedad determinados por la ICG-G (Prueba no paramétrica de kruskall Wallis) confirmándose que no existen diferencias significativas entre puntuaciones ASI y CAPE según los diferentes niveles de ICG y si existirían diferencias significativas en las puntuaciones ASI para únicamente dos dimensiones: sentimiento de significado aumentado ($p=0.041$) y comprensión inminente ($p=0.035$) .

4. DISCUSIÓN

El hallazgo central de este estudio es que las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide presentan un grado mayor de saliencia aberrante que los sujetos controles sin clínica psiquiátrica diagnosticada reflejándose esto en las medias descritas en la puntuación total de ASI y siendo las diferencias estadísticamente significativas para cada una de las 5 dimensiones estudiadas en el Inventario. Estos resultados apoyan la línea de muchos estudios previos que apuestan por una relación entre los síntomas psicóticos y la saliencia aberrante, sin embargo a día de hoy el debate continúa.

Un estudio reciente afirma que los niveles altos de saliencia aberrante medidos por el ASI se correlacionan en varias de sus dimensiones, con los síntomas psicóticos en esquizofrenia (Pugliese et al, 2022), afirman que efectivamente el ASI puede ser un elemento clave en el estudio de los síntomas prodrómicos en esquizofrenia. Otros estudios reflejan que la evaluación de la saliencia aberrante no podría señalarse de manera única para el estudio de pacientes con psicosis, sino que esta característica también está presente en población general y otros diagnósticos psiquiátricos (Golay P et al, 2020).

El grado de fiabilidad del ASI fue bueno con un alfa de Cronbach alto en el ASI total y en cada una de las cinco dimensiones, destacando tres de ellas, dato previamente descrito en la literatura.

Las correlaciones con las dimensiones estudiadas del CAPE fueron estadísticamente significativas, sin embargo el grado de correlación fue débil. La correlación fue débilmente positiva entre la puntuación del ASI total y la dimensión de síntomas positivos del CAPE, sucediendo lo mismo con la puntuación del ASI total y la dimensión de síntomas negativos y depresivos del CAPE, sin cumplirse la hipótesis de una correlación divergente frente a estas dos dimensiones, sin embargo las diferencias en todos los ámbitos de estudio si fueron estadísticamente significativas. En un estudio reciente en el que correlacionan ASI con resultados en PANNS (Escala de síntomas positivos y negativos) de una población con esquizofrenia, los resultados fueron muy robustos, obteniéndose una correlación positiva fuerte entre resultados de diferentes dimensiones del ASI y las diferentes dimensiones de la PANNS (tanto de síntomas positivos como negativos), (Pugliese et al, 2022).

Respecto a otros factores del estudio cabe destacar es interesante el resultado más alto en saliencia aberrante en los individuos viudos, pudiéndose considerar esto como un factor

traumático coincidiendo con estudios que relacionan el historial traumático con niveles más altos en puntuación total ASI.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones que podrían ser el foco de estudios futuros. La saliencia aberrante ha sido descrita como una posible herramienta útil en la identificación de los síntomas prodrómicos de la psicosis (Golay P et al, 2020). Sin embargo nuestra muestra clínica está compuesta por pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide (CIE 10 F20.9), lo que supone una posible merma secundaria a las limitaciones fiabilidad, validez y especificidad de la aproximación diagnóstica categorial (Berrios, 2008), transferibles al constructo esquizofrenia, ganando en homogeneidad pero dejando de lado otras manifestaciones de la experiencia psicótica. Otra posible limitación eran los niveles de gravedad según ICG diversos, sin embargo, ya hemos descrito antes que las diferencias no fueron significativas para los diferentes niveles a excepción únicamente de dos dimensiones del ASI, por tanto no parece que esto haya afectado a los diferentes grados de correlación.

La totalidad de los pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio estaban medicados, pudiendo afectar a las diferencias entre pacientes y controles. Esto aumenta la validación ecológica de nuestra muestra, pero estudios sin medicación son necesarios, especialmente en fases prodrómicas o Estados mentales de alto riesgo. La medicación antipsicótica podría haber actuado más sobre síntomas positivos o sobre saliencia, habiendo alterado posiblemente los datos, de igual forma los antipsicóticos de nueva generación podrían actuar sobre síntomas depresivos y negativos. En la literatura se describe que los antipsicóticos podrían afectar a la saliencia motivacional pudiendo causar una posible anhedonia que se reduce con los antipsicóticos atípicos (Aringhieri et al, 2018), por lo que estudios que profundizen en las características del tratamiento son necesarios.

Futuros estudios podrían tener en cuenta estas limitaciones. Sería interesante seguir estudiando la saliencia en diferentes momentos del trastorno (pródromos, momento agudo, estabilización, cronicidad). Estudios más profundos son necesarios, especialmente aquellos que tengan en cuenta factores cognitivos no estudiados en esta muestra, o el posible papel central de la saliencia aberrante sobre la cognición social en el desarrollo de la sintomatología psicótica.

5. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del estudio de validación del Inventario de Saliencia aberrante en población con esquizofrenia son:

1. La versión española del Inventario de Saliencia Aberrante ASI muestra propiedades psicométricas aceptables tanto para la población clínica como población general.
2. Se obtienen datos de buena fiabilidad en ASI siendo el alfa de Cronbach total de la escala de 0.893, coincidente con la literatura previa.
3. Se replica la estructura original de cinco factores original del inventario ASI, observándose 5 factores con valores superiores a 1 en el análisis exploratorio, coincidente con la literatura previa.
4. El inventario de Saliencia Aberrante ASI discrimina entre pacientes y controles en la muestra estudiada, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) con una media total de puntuación total de ASI en pacientes de (14.2680 ± 6.99060) frente a (6.9400 ± 4.91316) en controles.
5. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI muestra correlaciones positivas débiles con la dimensión de síntomas positivos medida por el CAPE, siendo estas estadísticamente significativas.
6. El Inventario de Saliencia Aberrante ASI no muestra una correlación negativa o divergente entre la puntuación total ASI y las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de depresión y sintomatología negativa de la escala CAPE, siendo los resultados estadísticamente significativos.

Estos datos, especialmente los resultados obtenidos en el inventario ASI en población con esquizofrenia apoyan la hipótesis de la asociación de la saliencia aberrante y los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia.

6. REFERENCIAS

Anglin DM, Espinosa A, Barada B, Tarazi R, Feng A, Tayler R, et al. Comparing the role of aberrant salience and dissociation in the relation between cumulative traumatic life events and psychotic-like experiences in a multi-ethnic sample. *J Clin Med*. 2019;8(8):1223

Aringhieri, S., Carli, M., Kolachalam, S., Verdesca, V., Cini, E., Rossi, M., McCormick, P. J., Corsini, G. U., Maggio, R., & Scarselli, M. (2018). Molecular targets of atypical antipsychotics: From mechanism of action to clinical differences. *Pharmacology & Therapeutics*, 192, 20–41. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.06.012>

Berríos, G.E. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales. Fondo.Cultura Económica: México, D.F.

Bonoldi, I., & Howes, O. D. (2013). The enduring centrality of dopamine in the pathophysiology of schizophrenia: in vivo evidence from the prodrome to the first psychotic episode. *Advances in Pharmacology (San Diego, Calif.)*, 68, 199–220

Bowers, M. B., J. (1968). Pathogenesis of acute schizophrenic psychosis: An experimental approach. *Archives of General Psychiatry*, 19, 348–355.

Bowers, M. B., J., & Freedman, D. (1966). “Psychedelic” experiences in acute psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 15, 240–248.

Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Rawlin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.

Cicero DC, Kerns JG, McCarthy DM. The Aberrant Salience Inventory: a new measure of psychosis proneness. *Psychol Assess*. 2010;22(3):688–701.

Comparelli A, Corigliano V, Montalbani B, Bargagna P, Forcina F, Cocco G, et al. Relationship between aberrant salience and positive emotion misrecognition in acute relapse of schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2020;49(101975):101975

Conrad, K. (1994). La esquizofrenia incipiente (1958). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14(49), 319–328.

<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15377/15238>

Eckblad, M., y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 215-225.

Fernández-León S, Senín-Calderón C, Gutiérrez-López ML, Rodríguez-Testal JF. Spanish validation of the Aberrant Salience Inventory in a general adolescent population. *Psicothema*. 2019;31(2):210–7.

Ficha técnica del instrumento [Internet]. Cibersam.es. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=97>

Graybiel AM. The basal ganglia: learning new tricks and loving it. *Curr Opin Neurobiol*. 2005;15:638---44.

Golay P, Laloyaux J, Moga M, Della Libera C, Larøi F, Bonsack C. Psychometric investigation of the French version of the Aberrant Salience Inventory (ASI): differentiating patients with psychosis, patients with other psychiatric diagnoses and non-clinical participants. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;19(1):58.

Green AI, Salomon MS, Brenner MJ, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*. 2002;1(2):129–39.

Heinz A, Murray GK, Schlagenhauf F, Sterzer P, Grace AA, Waltz JA. Towards a unifying cognitive, neurophysiological, and computational neuroscience account of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2019;45(5):1092–100.

Henssler J, Brandt L, Müller M, Liu S, Montag C, Sterzer P, et al. Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(3):325–35.

Howes OD, Hird EJ, Adams RA, Corlett PR, McGuire P. Aberrant salience, information processing, and dopaminergic signaling in people at clinical high risk for psychosis. *Biol Psychiatry*. 2020;88(4):304–14.

Jensen J, Walter H. Incentive motivational salience and the human brain. *Restor Neurol Neurosci*. 2014;32(1):141–7

Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):13–23.

Lahera G, Freund N, Sáiz-Ruiz J. Asignación de relevancia (salience) y desregulación del sistema dopaminérgico. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(1):45–51

Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 20(1), 121-135.

Li, L. Y., Castro, M. K., & Martin, E. A. (2020). What you want may not be what you like: A test of the aberrant salience hypothesis in schizophrenia risk. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 20(4), 873–887. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00807->

Llopis B. La psicosis única (I). *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2005 [citado el 29 de agosto de 2022];12(2):62–78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-la-psicosis-unica-i--13074668>

McCutcheon RA, Bloomfield MAP, Dahoun T, Mehta M, Howes OD. Chronic psychosocial stressors are associated with alterations in salience processing and corticostriatal connectivity. *Schizophr Res*. 2019;213:56–64

Neumann SR, Glue P, Linscott RJ. Psychol Aberrant salience and reward processing: a comparison of measures in schizophrenia and anxiety. *Med*. 2021 Jul;51(9):1507-1515. doi: 10.1017/S0033291720000264. Epub 2020 Mar 9. PMID: 32148214

O'Donoghue B, Geros H, Sizer H, Addington J, Amminger GP, Beaden CE, et al. The association between migrant status and transition in an ultra-high risk for psychosis population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(6):943–52.

O'Tuathaigh CMP, Dawes C, Bickerdike A, Duggan E, O'Neill C, Waddington JL, et al. Does cannabis use predict psychometric schizotypy via aberrant salience? *Schizophr Res*. 2020;220:194–200.

Pedrero EF, de las Mercedes Paino Piñeiro M, Giráldez SL, Fernández JM. Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(4):169–76.

Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G. Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J Clin Psychol*. 1999;38(1):83–96.

Pozza A. The role of aberrant salience and alexithymia in psychotic experiences of non-treatment-seeking adolescent immigrants compared with natives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;15:2057–61.

Pugliese V, de Filippis R, Aloï M, Rotella P, Carbone EA, Gaetano R, et al. Aberrant salience correlates with psychotic dimensions in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2022 21(1):25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35786401/>

Roiser JP, Stephan KE, den Ouden HEM, Barnes TRE, Friston KJ, Joyce EM. Do patients with schizophrenia exhibit aberrant salience? *Psychol Med*. 2009;39(2):199–209.

Roiser JP, Stephan KE, den Ouden HE, Friston KJ, Joyce EM. (2010). Adaptive and aberrant reward prediction signals in the human brain. *Neuroimage*; 50:657-64.

Seamans, J.K. y Yang, C.R. (2004). The principal features and mechanisms of dopamine modulation in the prefrontal cortex. *Prog Neurobiol*; 74:1-58.

Selten J-P, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med*. 2020;50(2):303–13.

Smith A, Li M, Becker S, Kapur S. Dopamine, prediction error and associative learning: a model-based account. *Network*. 2006;17:61---84.

Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5a ed.). Cambridge University Press (Virtual Publishing).

Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis: An updated review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 115–129.

Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>

8. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hoja de Información Pacientes

Título de la investigación: Validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI) en pacientes con esquizofrenia.

Investigador principal: M^a Paz García-Portilla, Área de Psiquiatría Universidad de Oviedo, CIBERSAM, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, Área Sanitaria IV.

Investigadores: Silvia L. Fernández, Rocío Villa, Clara Martínez-Cao, Ainoa García-Fernández, María Suárez, Paula Zurrón.

Lugar de realización: Centros de Salud Mental I (La Ería) y II (La Corredoria) de Oviedo y I (La Magdalena) de Avilés.

Propósito del estudio:

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente que afecta al 1% de la población aproximadamente. Los síntomas que la caracterizan se denominan en su conjunto síntomas psicóticos e incluyen las experiencias delirantes y alucinatorias. El estado actual de la ciencia ha demostrado que estas experiencias suelen emerger progresivamente y que están en relación probable con darle una importancia especial a estímulos que de otro modo son irrelevantes. Este fenómeno se conoce como “Saliencia aberrante” y se hipotetiza que es el mecanismo central a partir del cual emerge la psicosis.

En el momento actual no existen instrumentos de evaluación en español que permitan a los clínicos medir la intensidad de la saliencia aberrante en la práctica clínica cotidiana. Por ello, le proponemos participar en este estudio de validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI). Así los psicólogos y los psiquiatras españoles podrán disponer de este instrumento para la evaluación de sus pacientes.

Procedimientos/explicación del estudio:

Los pacientes que participen en el estudio seguirán su tratamiento psicofarmacológico y/o psicológico habitual. El procedimiento del estudio consistirá únicamente en que Usted deberá contestar a las preguntas de dos escalas de evaluación sobre los síntomas que tienen en el momento actual. Para ello, si precisa, contará con la ayuda necesaria.

Riesgos/beneficios:

La participación o no en el estudio no afectará ni a su tratamiento ni al seguimiento que Usted tiene programado. Los beneficios directos para Ud. consistirán en que tendremos una mejor información sobre los síntomas de su enfermedad que Ud. nota. No se esperan riesgos derivados de su participación en el estudio.

Confidencialidad:

Según lo establecido en la Ley 41/2002 básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los participantes en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno. No se recibirá compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

La participación en este estudio es completamente voluntaria.

Derecho al abandono del estudio:

Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en su tratamiento o cuidados recibidos por parte de su psiquiatra.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hoja de Consentimiento Pacientes

Título de la investigación: Validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI) en pacientes con esquizofrenia.

Investigador Principal: M^a Paz García-Portilla, Área de Psiquiatría Universidad de Oviedo, CIBERSAM, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, Área Sanitaria IV.

Investigadores: Silvia L. Fernández, Rocío Villa, Clara Martínez-Cao, Ainoa García-Fernández, María Suárez, Paula Zurrón.

_____ He leído y comprendido este consentimiento informado

_____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

_____ Sé que puedo abandonar el estudio cuando quiera sin dar explicaciones.

Nombre del paciente:

Nombre del investigador:

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Fecha: _____

Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hoja de Información Controles sanos

Título de la investigación: Validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI) en pacientes con esquizofrenia.

Investigador principal: M^a Paz García-Portilla, Área de Psiquiatría Universidad de Oviedo, CIBERSAM, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, Área Sanitaria IV.

Investigadores: Silvia L. Fernández, Rocío Villa, Clara Martínez-Cao, Ainoa Fernández-García, María Suárez, Paula Zurrón.

Lugar de realización: Centros de Salud Mental I (La Ería) y II (La Corredoria) de Oviedo y I (La Magdalena) de Avilés.

Propósito del estudio:

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente que afecta al 1% de la población aproximadamente. Los síntomas que la caracterizan se denominan en su conjunto síntomas psicóticos e incluyen las experiencias delirantes y alucinatorias. El estado actual de la ciencia ha demostrado que estas experiencias suelen emerger progresivamente y que están en relación probable con darle una importancia especial a estímulos que de otro modo son irrelevantes. Este fenómeno se conoce como “Saliencia aberrante” y se hipotetiza que es el mecanismo central a partir del cual emerge la psicosis.

En el momento actual no existen instrumentos de evaluación en español que permitan a los clínicos medir la intensidad de la saliencia aberrante en la práctica clínica cotidiana. Por ello, le proponemos participar en este estudio de validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI). Así los psicólogos y los psiquiatras españoles podrán disponer de este instrumento para la evaluación de sus pacientes.

Procedimientos/explicación del estudio:

El procedimiento del estudio consistirá únicamente en que Usted deberá contestar a las preguntas de la escala de evaluación sobre la saliencia aberrante.

Riesgos/beneficios:

No se esperan riesgos ni beneficios directos para Ud. de su participación en el estudio.

Confidencialidad:

Según lo establecido en la Ley 41/2002 básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los participantes en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación.

Coste/compensación:

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno. No se recibirá compensación económica por participar en el estudio.

Alternativas a la participación:

La participación en este estudio es completamente voluntaria.

Derecho al abandono del estudio:

Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hoja de Consentimiento Controles sanos

Título de la investigación: Validación al español del Aberrant Salience Inventory (ASI) en pacientes con esquizofrenia.

Investigador Principal: M^a Paz García-Portilla, Área de Psiquiatría Universidad de Oviedo, CIBERSAM, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, Área Sanitaria IV.

Investigadores: Silvia L. Fernández, Rocío Villa, Clara Martínez-Cao, Ainoa Fernández-García, María Suárez, Paula Zurrón.

_____ He leído y comprendido este consentimiento informado

_____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

_____ Sé que puedo abandonar el estudio cuando quiera sin dar explicaciones.

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha: _____

“Validación al español del Aberrant

Saliency Inventory -ASI-
(Cicero et al., 2010) para su uso
en pacientes con esquizofrenia”

CRD
controles

Nº Control:

Datos demográficos:

Fecha de evaluación:

Edad:

Sexo: 1. Varón 2. Mujer

Estado civil: 1. Nunca casado 2. Casado 3. Pareja de hecho (viviendo como casado)
4. Separado/divorciado 5. Viudo

Estudios finalizados: 1. Nunca escolarizado 2. Primaria/Básica 3. Secundaria-BUP-FP1
4. Bachiller/FP2/COU 5. Universitarios 6. Doctorado

Situación laboral actual: 1. Activo 2. Paro 3. IP, Esquizofrenia 4. IP, no mental
5. IT 6. Jubilado por edad 7. Paga no contributiva
9. Estudiante 10. Labores de la casa

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

- 0. No evaluado
- 1. Normal, no enfermo
- 2. Dudosamente enfermo
- 3. Levemente enfermo
- 4. Moderadamente enfermo
- 5. Marcadamente enfermo
- 6. Gravemente enfermo
- 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Aberrant Salience Inventory Spanish versión / Versión española del Inventario de Saliencia Aberrante (Cicero et al., 2010)

Por favor lea las preguntas siguientes y marque con una cruz en la casilla de verdadero (V) o falso (F) según se apliquen a Ud. en diferentes situaciones y experiencias. No hay respuestas correctas ni erróneas.

	V	F
1. ¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales de pronto adquieren un importancia o significado especial para ti?		
2. ¿Sientes a veces que estás cerca o a punto de algo realmente importante, pero no estás seguro de qué es?		
3. ¿Sientes a veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?		
4. ¿Has sentido alguna vez como si te acercaras rápidamente al límite de tu capacidad intelectual?		
5. ¿A veces notas que pequeños detalles a los que antes no echabas cuenta parecen importantes?		
6. ¿A veces sientes que es importante para ti comprender algo, pero no estás seguro de qué es o a qué te refieres?		
7. ¿Pasas alguna vez por periodos en los que te sientes especialmente religioso o místico?		
8. ¿Has tenido alguna vez dificultad en distinguir si has estado emocionado, asustado, apenado o ansioso?		
9. ¿Algunas veces pasas por periodos de mayor sensibilidad o que te das más cuenta de cualquier cosa?		
10. ¿Has sentido alguna vez la necesidad de dar sentido a situaciones o sucesos aparentemente azarosos o casuales?		
11. ¿Te sientes a veces cómo si encontrases la pieza perdida de un rompecabezas?		
12. ¿Algunas veces sientes que puedes oír con mayor claridad?		
13. ¿Sientes a veces que eres una persona con una espiritualidad especialmente desarrollada?		
14. ¿Las observaciones más habituales o cotidianas tienen a veces un significado negativo o de mal agüero?		
15. ¿Pasas por periodos en los que las canciones parecen tener un significado		

importante en tu vida?		
16. Algunas veces atribuyes importancia a objetos o cosas que normalmente no darías?		
17. ¿Sientes a veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?		
18. ¿Te ha parecido alguna vez que tu sentido del gusto era más agudo o más preciso?		
19. ¿Has sentido alguna vez como que los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?		

	V	F
20. ¿Pasas por periodos en los que te sientes sobreestimulado o saturado por cosas o experiencias que normalmente son manejables?		
21. ¿A menudo te sientes fascinado o atraído por las cosas sin importancia que te rodean?		
22. ¿Alguna vez tus sentidos (vista, oído, etc.) llegan a parecer extremadamente fuertes o claros?		
23. ¿Sientes alguna vez como si el mundo entero se te estuviese abriendo hacia ti?		
24. ¿Has sentido alguna vez que has perdido los límites entre tus sensaciones internas y externas?		
25. ¿Sientes a veces que el mundo está cambiando y que tratas de buscar una explicación?		
26. ¿Alguna vez has sentido una urgencia inexpresable y no estás seguro de qué hacer?		
27. ¿Algunas veces has llegado a interesarte por personas, sucesos, lugares, o ideas que normalmente no te llaman la atención?		
28. ¿En algún momento tus pensamientos y percepciones van más rápido de lo que pueden asimilarse?		
29. ¿A veces notas que cosas a las cuales antes no prestabas atención tienen un significado especial?		



“Validación al español del Aberrant Salience Inventory - ASI- (Cicero et al., 2010) para su uso en pacientes con esquizofrenia”

CRD
pacientes

Validación al español del Aberrant Salience Inventory -ASI- (Cicero et al.,2010) para su uso en pacientes con esquizofrenia.

Nº Paciente:

Datos demográficos:

N º Historia:

Fecha de evaluación:

Edad:

Sexo: 1. Varón 2. Mujer

Datos demográficos: Estado civil: 1.Nunca casado 2.Casado 3.Pareja de hecho (viviendo como casado) 4.Separado/divorciado 5.Viudo	Datos demográficos: Raza/Etnia: 1. Caucásica 2. Árabe 3. Subsahariana 4. Hispana 5. Gitana 6. Otras	Datos demográficos: Estudios finalizados: 1. Nunca escolarizado 2. Primaria/Básica 3. Secundaria-BUP-FP1 4. Bachiller/FP2/COU 5. Universitarios 6. Otros
Datos demográficos: Convivencia: 1. Familia de origen 2. Familia propia 3. Solo 4. Amigos 5. Otros pacientes 6. Otro	Datos demográficos: Situación laboral actual: 1. Activo 2. Paro 3. IP, Esquizofrenia 4. IP, patología no mental 5. IT 6. Jubilado por edad 7. Paga no contributiva 8. Estudiante 9. Labores de la casa	Datos clínicos: Diagnóstico F20-29, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (CIE-10) Edad de diagnóstico: Nº de ingresos:

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Aberrant Salience Inventory Spanish versión / Versión española del Inventario de Saliencia Aberrante (Cicero et al., 2010)

Por favor lea las preguntas siguientes y marque con una cruz en la casilla de verdadero

(V) o falso (F) según se apliquen a Ud. en diferentes situaciones y experiencias. No hay respuestas correctas ni erróneas.

	V	F
1. ¿Te sucede que algunas cosas habituales o triviales de pronto adquieren un importancia o significado especial para ti?		
2. ¿Sientes a veces que estás cerca o a punto de algo realmente importante, pero no estás seguro de qué es?		
3. ¿Sientes a veces que tus sentidos (vista, oído, etc.) parecen sensibles o se agudizan?		
4. ¿Has sentido alguna vez como si te acercaras rápidamente al límite de tu capacidad intelectual?		
5. ¿A veces notas que pequeños detalles a los que antes no echabas cuenta parecen importantes?		
6. ¿A veces sientes que es importante para ti comprender algo, pero no estás seguro de qué es o a qué te refieres?		
7. ¿Pasas alguna vez por periodos en los que te sientes especialmente religioso o místico?		
8. ¿Has tenido alguna vez dificultad en distinguir si has estado emocionado, asustado, apenado o ansioso?		
9. ¿Algunas veces pasas por periodos de mayor sensibilidad o que te das más cuenta de cualquier cosa?		
10. ¿Has sentido alguna vez la necesidad de dar sentido a situaciones o sucesos aparentemente azarosos o casuales?		
11. ¿Te sientes a veces cómo si encontrases la pieza perdida de un rompecabezas?		
12. ¿Algunas veces sientes que puedes oír con mayor claridad?		
13. ¿Sientes a veces que eres una persona con una espiritualidad especialmente desarrollada?		

14. ¿Las observaciones más habituales o cotidianas tienen a veces un significado negativo o de mal agüero?		
15. ¿Pasas por periodos en los que las canciones parecen tener un significado importante en tu vida?		
16. Algunas veces atribuyes importancia a objetos o cosas que normalmente no darías?		
17. ¿Sientes a veces que estás a punto de averiguar algo realmente grande o importante, pero no estás seguro de qué se trata?		
18. ¿Te ha parecido alguna vez que tu sentido del gusto era más agudo o más preciso?		
19. ¿Has sentido alguna vez como que los misterios del universo se te estuviesen revelando a ti?		

	V	F
20. ¿Pasas por periodos en los que te sientes sobreestimulado o saturado por cosas o experiencias que normalmente son manejables?		
21. ¿A menudo te sientes fascinado o atraído por las cosas sin importancia que te rodean?		
22. ¿Alguna vez tus sentidos (vista, oído, etc.) llegan a parecer extremadamente fuertes o claros?		
23. ¿Sientes alguna vez como si el mundo entero se te estuviese abriendo hacia ti?		
24. ¿Has sentido alguna vez que has perdido los límites entre tus sensaciones internas y externas?		
25. ¿Sientes a veces que el mundo está cambiando y que tratas de buscar una explicación?		
26. ¿Alguna vez has sentido una urgencia inexpresable y no estás seguro de qué hacer?		
27. ¿Algunas veces has llegado a interesarte por personas, sucesos, lugares, o ideas que normalmente no te llaman la atención?		
28. ¿En algún momento tus pensamientos y percepciones van más rápido de lo que pueden asimilarse?		
29. ¿A veces notas que cosas a las cuales antes no prestabas atención tienen un significado especial?		

C.A.P.E.

Este cuestionario se ha diseñado para evaluar las creencias y experiencias mentales vividas. Nosotros creemos que éstas son mucho más comunes de lo que previamente se ha creído, y que mucha gente ha tenido tales experiencias durante sus vidas. Por favor confeselas a estas preguntas lo más sinceramente que pueda. No hay respuestas correctas e incorrectas, y no hay preguntas con truco.

Por favor, no nos interesan las experiencias que pueda haber tenido bajo el efecto de las drogas o el alcohol.

ES IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

En las preguntas que usted responda "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre" nosotros estamos interesados en cómo son de comunes estas creencias o experiencias. De tal manera elija una de las alternativas que mejor describa el grado de molestia de esa creencia.

Todas sus respuestas serán CONFIDENCIALES

Sexo: (0) Hombre (1) Mujer Edad: _____ años Fecha: _____/____/____

¿Es creyente?: (0) No, soy ateo (2) Si, pero no practicante
(1) No, soy agnóstico (3) Si y practicante; Religión que profesa: _____

Profesión: _____

Edad:

1. ¿Alguna vez se siente como si la gente se fijara en usted?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1

Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

2. ¿Alguna vez siente como si pudiera leer los pensamientos de otras personas?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo @3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor e//ja una a/ferna f/va

Nomolesta nada D1 Me molesta un poco @2 Es bastante molesto 3 Me molesta mucho D4

Fin del ejemplo

1. ¿Alguna vez se siente triste?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1

Me molesta un poco Q2

Es bastante molesto Q3

Me molesta mucho D4

2. ¿Alguna vez siente como si la gente le tirase indirectas o le dijera cosas con doble sentido?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 3
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1

Me molesta un poco Q2

Es bastante molesta D3

Me molesta mucho Q4

3. ¿Alguna vez siente que no es una persona muy animada?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 4
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1

Me molesta un poco D2

Es bastante molesto Q3

Me molesta mucho Q4

4. ¿Alguna vez siente que no participa en las conversaciones cuando esta charlando con otras personas?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 5

- Si elige "Algunas veces", "Amenudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto tiempo/esta esta experiencia (por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D 1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

5. ¿Alguna vez siente como si alguna noticia de la prensa, radio o televisión se refiriese o estuviese especialmente dirigida a Ud.?

 Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 6
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto tiempo/esta esta experiencia

(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada D1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho D4

6. ¿Alguna vez siente como si alguna gente no es lo que parece?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 7
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada @1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucho D4

7. ¿Alguna vez siente como si le estuvieran persiguiendo de alguna forma?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 8
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada @1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucha D4

8. ¿Alguna vez siente que experimenta pocas o ninguna emoción ante situaciones importantes?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 9
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada D1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucha Q4

9. ¿Alguna vez se siente totalmente pesimista?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 10
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada @1 Memolesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucha D4

10. ¿Alguna vez siente como si hubiera un complot contra Ud.?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 11
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

11. ¿Alguna vez siente como si su destino fuera ser alguien muy importante?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo @3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 12
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1 Me molesta un poco @2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucho @4

12. ¿Alguna vez siente como si no tuviera ningún futuro?

Nunca @1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 13
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho 4

13. ¿Alguna vez se siente como una persona muy especial o diferente?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 14
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

14. ¿Alguna vez siente como si no quisiera vivir mas?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si e//ge "nunca", por favor pase a la pregunta 15
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada II Me molesta un poco @2 Es bastante molesto @3 Me molesta mucho D4

15. ¿Alguna vez piensa que la gente pueda comunicarse por telepatia?

Nunca @1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 16
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada D1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

16. ¿Alguna vez siente que no tiene interés en estar con otras personas?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 17
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho D4

17. ¿Alguna vez siente como si los aparatos eléctricos (ej.: ordenadores) pudiesen influir en su forma de pensar?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 18
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

18. ¿Alguna vez siente que le falta motivación para realizar las cosas?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 2
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nom molesta nada 01 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucha D4

19. ¿Alguna vez llora por nada?

Nunca @1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 20
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nom molesta nada 01 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucha Q4

20. ¿Cree en el poder de la brujería, de la magia o del ocultismo?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 04

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 21
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada Q1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucha Q4

21. ¿Alguna vez siente que le falta energía?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 22
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

22. ¿Alguna vez siente que la gente le mira de forma extraña por su apariencia?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 23
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucha Q4

23. ¿Alguna vez siente que su mente está vacía?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 24
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia

(por favor elija una alternativa)

Nome molesta nada D1

Me molesta un poco @2 Es bastante molesta Q3

Me molesta mucho @4

24. ¿Alguna vez ha sentido como si le estuvieran sacando los pensamientos de su cabeza?

 Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 25
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada @1 Me molesta un poco 02 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho @4

25. ¿Alguna vez siente que se pasa los días sin hacer nada?

Nunca _____ 1 Algunas veces _____ 2 A menudo _____ 3 Casi siempre @4 _____

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 26
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

26. ¿Alguna vez siente que sus pensamientos no le pertenecen?

Nunca _____ 1 Algunas veces @2 _____ A menudo _____ 3 Casi siempre @4 _____

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 27
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

27. ¿Alguna vez siente que sus sentimientos son poco intensos?

Nunca @1 _____ Algunas veces _____ 2 A menudo _____ 3 Casi siempre @4 _____

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 28
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucho Q4

28. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos tan intensos que le preocupo que otras personas pudieran oírlos?

Nunca 1 Algunas veces @2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 29
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cómo se siente en esta experiencia
(por favor elegir a una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

29. ¿Alguna vez siente que le falta la espontaneidad?

Nunca 1 Algunas veces @2 A menudo 3 Casi siempre @4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 30

- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesta D3 Me molesta mucho D4

30. ¿Alguna vez siente como si sus pensamientos se repitieran en su mente como un eco?

Nunca	@1	Algunas veces	2	A menudo	3	Casi siempre	@4
-------	----	---------------	---	----------	---	--------------	----

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 31
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

31. ¿Alguna vez siente como si estuviera bajo el control de alguna fuerza o poder externo a Ud.?

Nunca	1	Algunas veces	2	A menudo	3	Casi siempre	4
-------	---	---------------	---	----------	---	--------------	---

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 32
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho D4

32. ¿Alguna vez siente que sus emociones son poco intensas (embotadas)?

Nunca	1	Algunas veces	2	A menudo	3	Casi siempre	4
-------	---	---------------	---	----------	---	--------------	---

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 33
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

33. ¿Alguna vez oye voces cuando esta solo?

Nunca @ 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 34
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor e/ya una a/ternafiva)

Nome molesta nada Q1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucho Q4

34. ¿Alguna vez oye voces hablando entre ellas cuando esta solo?

Nunca	1	Algunas veces	@2	A menudo	3	Casi siempre	@4
-------	---	---------------	----	----------	---	--------------	----

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 35
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada @1	Memolesta un poco Q2	Es bastante molesto D3	Me molesta mucho @4
-------------------	----------------------	------------------------	---------------------

35. ¿Alguna vez siente que esta descuidando su apariencia o cuidado personal?

Nunca	1	Algunas veces	2	A menudo	3	Casi siempre	4
-------	---	---------------	---	----------	---	--------------	---

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 36
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1	Memolesta un poco Q2	Es bastante molesto Q3	Me molesta mucho Q4
-------------------	----------------------	------------------------	---------------------

36. ¿Alguna vez siente que no puede acabar las cosas?

Nunca @1	Algunas veces @2	A menudo 3	Casi siempre @4
----------	------------------	------------	-----------------

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 37
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada Q1	Memolesta un poco Q2	Es bastante molesto Q3	Me molesta mucho Q4
-------------------	----------------------	------------------------	---------------------

37. ¿Alguna vez siente que tiene pocas aficiones o hobbies?

Nunca 1	Algunas veces 2	A menudo 3	Casi siempre 4
---------	-----------------	------------	----------------

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 38
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia

(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada 01

Memolesta un poco Q2 Es bastante molesto 03

Me molesta mucha Q4

38. ¿Alguna vez se siente culpable?

Nunca

1

Algunas veces @2

A menudo

3

Casi siempre

4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 39
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

Nomolesta nada

1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3

Me molesta mucho Q4

39. ¿Alguna vez se siente como un fracasado?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 40
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada &1 Me molesta un poco D2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucho Q4

40. ¿Alguna vez se siente en tensión?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 04

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 41
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto D3 Me molesta mucha D4

41. ¿Alguna vez siente como si algún miembro de su familia, amigo o conocido ha sido suplantado por un doble?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", por favor pase a la pregunta 42
- Si elige "Algunas veces", "A menudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta/esfa esta experiencia
(por favor elija una alternativa)

No me molesta nada D1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesta Q3 Me molesta mucho @4

42. ¿Alguna vez ve cosas, personas o animates que otra gente no puede ver?

Nunca 1 Algunas veces 2 A menudo 3 Casi siempre 4

- Si elige "nunca", ha finalizado el cuestionario

- *Si elige "Algunas veces", "Amenudo" o "Casi siempre", por favor indique cuánto le molesta esta experiencia
(por favor elija una alternativa)*

No me molesta nada D 1 Me molesta un poco Q2 Es bastante molesto Q3 Me molesta mucho Q4

Muchas gracias por su colaboración