



Datos Normativos de la Escala PCRS para la Autoconsciencia en México y la Influencia de la Cultura

Maura Ramírez & Feggy Ostrosky-Solís

Laboratorio de Psicofisiología y Neuropsicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Correspondencia: Dra. Feggy Ostrosky-Solís. Universidad Nacional Autónoma de México. Rivera de Cupia 110-71, Lomas de Reforma, México, D.F. C.P. 11930. Correo electrónico: feggy@servidor.unam.mx

Resumen

La alteración en la autoconsciencia (Impaired Self-Awareness [ISA]) representa la falta de consciencia acerca de los déficit cognoscitivos y de las habilidades interpersonales. También se refiere a la capacidad alterada para monitorear las propias conductas, así como poca consciencia para reconocer el impacto que tiene la conducta sobre la de otros. Se han desarrollado distintas escalas o cuestionarios para determinar la severidad de la ISA, entre ellas, la escala Patient Competency Rating Scale (PCRS). El propósito del presente estudio es proporcionar datos normativos obtenidos con la PCRS y determinar si existe influencia de la cultura sobre la escala. La investigación fue realizada en dos partes.

Estudio 1. Participantes: Fue evaluada una muestra de 320 participantes sanos voluntarios (160 respondientes y 160 informantes), entre 15 y 67 años de edad.

Procedimiento: La PCRS fue administrada individualmente, se pidió a los participantes que respondieran lo más sinceramente posible. **Resultados:** La puntuación total de la PCRS fue $M=117.72$ para el respondiente y $M=118.78$ para el informante. El alfa de Cronbach fue de $.8753$ y $.8872$, respectivamente.

Se realizó una prueba t entre ambos grupos donde se observaron 5 ítems en los que existen amplias diferencias entre informantes y respondientes. Se obtuvieron cuatro factores que conforman la prueba.

Estudio 2. Los datos de la muestra mexicana sobre la estimación de autoconsciencia se compararon con las muestras de de España, Estados Unidos de Norteamérica y Nueva Zelanda, encontrando escasas diferencias culturales.

Conclusión: Los resultados muestran que es posible estimar de forma objetiva la magnitud de la alteración en la

autoconsciencia a través del uso de datos normativos, sin embargo, al tratar con pacientes, se debe tener en cuenta la cultura de procedencia, lo cual permitirá establecer estrategias de adaptación de los pacientes y de sus familiares a su nuevo estado.

Palabras clave: autoconsciencia, PCRS, datos normativos, traumatismo craneoencefálico, cultura.

Summary

The impaired self-awareness (ISA) include the lack of awareness of cognitive deficits and interpersonal skills, also refers to the altered ability to monitoring themselves behavior, and diminished awareness to recognize the impact that their behavior has on others. Different scales or questionnaires have been developed to determine the severity of ISA, including the Patient Competency Rating Scale (PCRS). The purpose of present study is to provide normative data obtained with the PCRS and determine whether there was influence of culture on the scale. The research was conducted in two parts. **Study 1.** Participants: A sample of 320 healthy volunteers (160 and 160 respondents reporting), between 15 and 67 years old was assessed. Procedure: The PCR was administered individually, are asked participants to respond sincerely as much as possible. Results: The total PCRS score of $x=117.72$ was for the respondent and $x=118.78$ for the informant. The Cronbach's alpha was .8753 and .8872 respectively. Was realized a t-test between the two groups where were find 5 items on which there are wide differences between respondents and informants. The factorial analysis distinguishes the items in four factors. **Study 2.** The data in the estimation of self-awareness of the Mexican sample were compared with samples from Spain, United States, and New Zealand, finding scarce cultural differences. **Conclusion:** The

results show that it is possible to objectively assess the magnitude of the change in the self-awareness through the use of normative data, also observed that the tendency to overestimate or underestimate the behavior can be influenced by the participants' culture, therefore, when dealing with patients, culture will be an important variable to consider during the assessment, allowing establish adaptation strategies for patients and their families to their new condition.

Key words: Self-Awareness, PCRS, normative data, traumatic brain injury, culture.

Introducción

Se ha postulado que la consciencia humana es una función emergente del cerebro que permite tener una experiencia subjetiva y dar sentido a la realidad. Por su naturaleza, la consciencia implica un sentido de lo que es real ahora y de lo que fue real en el pasado, por lo que proporciona contigüidad del sí mismo y media la forma en que los individuos se perciben e interactúan con el mundo exterior (Prigatano, 1999). Luria (1986) postula que la autoconsciencia es producto del desarrollo socio-histórico y que primero surge el reflejo de la actividad externa natural y social, y sólo después (bajo su influencia), aparece la conciencia en sus formas más complejas.

La conciencia de sí mismo es necesaria para controlar o modificar, vía la retroalimentación, una discrepancia percibida entre el estado de una meta y el procesamiento actual. Sin esta habilidad, existe un decremento en la autorregulación. Sin la conciencia de sí mismo, un paciente podría exhibir ausencia o déficit en la conducta de monitoreo, desconocimiento y

alteración de la autorregulación. El paciente puede persistir en realizar una respuesta incorrecta incluso después de examinarla bajo retroalimentación (Stuss & Benson, 1983), así como falta de información sobre sí mismos, mostrar perplejidad cognitiva cuando se les proporciona retroalimentación de su conducta o limitaciones funcionales, y/o exhibir precaución o indiferencia cuando se les da nueva información sobre sí mismos (Prigatano & Klonoff, 1998).

Las alteraciones en la autoconsciencia (Impaired Self Awareness [ISA]) pueden ser provocadas por diferentes causas, como trastornos neurológicos (i.e., traumatismo craneoencefálico [TCE]), enfermedades psiquiátricas (i.e., esquizofrenia) y enfermedades neurodegenerativas (i.e., Alzheimer), entre otras. Se ha calculado que alrededor del 45% de las personas que sobreviven a un TCE permanecen con diferentes intensidades de ISA por lo que no son conscientes de sus déficit cognitivos (Toglia & Kirk, 2000).

Evaluar el nivel de ISA es una tarea complicada debido a que no hay un "estándar de oro" para medir este constructo (Bogod, Mateer, & MacDonald, 2003). Se han creado métodos para evaluar la autoconsciencia los cuales incluyen: comparación de la autocalificación del paciente con su desempeño en pruebas neuropsicológicas, cuestionarios de autoreporte, entrevistas estructuradas, comparación de las puntuaciones del paciente del familiar en escalas que evalúan el déficit y comparación entre el paciente y el terapeuta en escalas que evalúan el déficit (Bogod et al.). Entre las pruebas más utilizadas están: Patient Competency Rating Scale ([PCRS], Prigatano & Fordyce, 1986), Awareness

Interview (Anderson & Tranel, 1989), San Diego Questionnaire (Allen & Ruff, 1990), Self-awareness Questionnaire (Gasquoine & Gibbons, 1994), Self-awareness of Deficits Interview (Fleming, Strong, & Ashton, 1996) y Awareness Questionnaire (Sherer et al., 1995). Dentro de estas medidas, los más empleados en la clínica e investigación son los cuestionarios y entrevistas diseñadas para evocar información sobre las habilidades autopercebidas, en estos cuestionarios el paciente y el informante (quien por lo general es un familiar) evalúan el desempeño del paciente usando los mismos reactivos y el mismo criterio de calificación. Las discrepancias entre las puntuaciones, particularmente cuando el paciente provee puntuaciones más altas o más favorables que su informante, son interpretadas como presencia de alteración en la autoconsciencia. Dentro de esta aproximación se encuentra la escala Patient Competency Rating Scale (PCRS) (Prigatano & Fordyce, 1986). La PCRS también ha sido utilizada para determinar el grado de recuperación e incorporación a las actividades laborales de pacientes que han sufrido un TCE.

A pesar de que existen estudios transculturales con la PCRS (i.e., Fleming, Strong, & Ashton, 1996; Prigatano & Altman, 1990; Sherer, Boake, Clement, Levin, & High, 1996), aún son muy escasos los estudios realizados con población latinoamericana. Por lo tanto, el propósito de la presente investigación es obtener datos normativos empleando la escala PCRS para la medición de la autoconsciencia en participantes sanos, analizar lo que sucede en la autoconsciencia de pacientes con TCE y considerar la influencia cultural sobre la manifestación de la autoconsciencia.

Método

• Estudio 1

Participantes

Un total de 320 participantes voluntarios neurológicamente intactos y funcionalmente independientes fueron evaluados. El grupo de respondientes fue integrado por 160 participantes (104 mujeres/ 72 hombres, edad $M=25.01\pm 10.71$; escolaridad $M=13.01\pm 2.88$) y 160 informantes (116 mujeres/ 59 hombres, edad $M=32.09\pm 14.02$; escolaridad $M=13.74\pm 9.84$). La muestra estuvo integrada por familiares y/o amigos de los investigadores, así como por estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y estudiantes del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y sus respectivos informantes. Todos los participantes residían en la Ciudad de México, en un ambiente urbano y su lengua materna, el español.

Instrumentos

Patient Competency Rating Scale (PCRS)
La PCRS (Prigatano & Fordyce, 1986) es una escala de autoreporte integrada de 30 reactivos que evalúan la competencia para desempeñar varias tareas conductuales, cognitivas y emocionales (Heilbronner, Millsaps, Azrin, & Mittenberg, 1993), asimismo provee *insight* del nivel de conciencia después de una lesión cerebral. A los respondientes se les pide juzgar que tan fácil o difícil es desempeñar una variedad de tareas. La calificación se hace en una escala tipo Likert de 5 puntos: 1="no puede hacerlo"; 2="muy difícil de hacer"; 3="puede hacerlo con alguna dificultad"; 4="bastante fácil de hacer" y 5="puede hacerlo sin problema". La versión del informante es idéntica a la del paciente o respondiente, excepto que las preguntas

cambian para referirse a la actitud del paciente. Heilbronner y colaboradores identificaron cuatro áreas dentro de la PCRS: actividades de la vida diaria, interpersonal, cognitiva y emocional. La puntuación total tiene un rango de 30-150; las puntuaciones altas indican un alto nivel de competencia. El acuerdo de alteraciones en la conciencia de sí mismo es determinado al comparar las autopuntuaciones del paciente con las puntuaciones del familiar o del terapeuta (Felming et al., 1996). En los pacientes con más discrepancia (por lo general, con sobreestimación) se considera que existe la presencia de ISA. Los datos normativos de esta escala fueron obtenidos con 28 participantes cognitivamente intactos y sus informantes, en donde se reporta una media de la PCRS total de 144 (rango=134-150) para el respondiente y una media de 145 (rango=120-150) para el informante. La confiabilidad test-retest fue 0.85 para el respondiente y 0.97 para el informante, mientras que la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0.91 y 0.95, respectivamente. La PCRS ha sido utilizada en USA, Australia, Japón, Nueva Zelanda y España; estos dos últimos estudios proporcionan datos normativos obtenidos con su población.

Procedimiento

Los investigadores proporcionaron los cuestionarios a los participantes voluntarios -respondientes e informantes- a quienes se les pidió que respondieran cada uno de los reactivos lo más sinceramente posible. La evaluación fue realizada de forma individual. Se sugirió a los respondientes que pidieran a un pariente cercano que contestaran el cuestionario.

Análisis de datos

Se obtuvo la consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach para la escala del paciente y la del informante. Se realizó una *t* para grupos independientes (respondiente vs. informante) para determinar si existen discrepancias significativas entre las respuestas a los reactivos.

Resultados

Los informantes reportaron conocer a la persona que evaluaron como: más o menos (9.7%), bastante bien (24.6%) y muy bien (47.7%). El parentesco del informante fue: madre=26.6%; padre=7.4%; cónyuge=7.4%; hijo/a=9.1%; hermano/a=21%; tío/a=0.6%; sobrino/a=0.6%; primo/a=1.7%; amigo/a=17.06; novio/a, pareja=8%. Como

se puede observar los datos obtenidos en su mayoría provienen de personas que tienen una relación de parentesco en primer grado, y consideran que conocen muy bien a las personas evaluadas.

La consistencia interna de la escala PCRS en México fue alta, se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.8753 para la parte del respondiente y de 0.8872 para la escala del informante, ningún reactivo fue susceptible de ser eliminado.

En el presente estudio se realizó un análisis factorial que arrojó 4 factores que explican el 43.15% de la varianza, número de factores que coinciden con los obtenidos en el estudio de Leathem et al. (1998), aunque algunos de los reactivos que conforman estos factores son distintos entre ambos estudios (ver tabla 1).

Tabla 1

Muestra los factores obtenidos en la escala PCRS en México

Componentes	¹Factores Originales
Factor 1. Emocional (24.29%)	Actividades Diarias
control de emociones	0.68 Preparar comidas
controlar el llanto	0.66 Vestirse
no permanecer deprimido	0.61 Higiene personal
trabajar estando aburrido	0.54 Lavar platos
controlar el temperamento	0.53 Lavar la ropa
adaptación a cambios inesperados	0.53 Manejar el dinero
llegar a citas a tiempo	0.48 Conducir un automóvil
controlar risa	0.44 Cumplir con responsabilidades
Factor 2. Actividades diarias (7.72%)	Interpersonal
manejar el dinero	0.36 Iniciar una conversación
lavar platos	0.75 Pedir ayuda
lavar ropa	0.66 Discutir
cumplir con responsabilidades	0.62 Actuar apropiadamente
programar actividades	0.57 Mostrar afecto
entender instrucciones	0.49 Participar actividades grupales
Vestirse	0.47 Reconocer actos inconvenientes
cuidar higiene personal	0.46 Cognitivo
Preparar comidas	0.71 Llegar a citas a tiempo
Factor 3. Cognitivo (6.27%)	Trabajar estando aburrido
recordar actividades	0.71 Recordar la cena anterior
recordar nombres	0.69 Recordar nombres
recordar la cena anterior	0.67 Recordar cosas importantes por hacer
recordar cosas importantes por hacer	0.66 Recordar la agenda
Factor 4. Interpersonal (4.86%)	Programar actividades

demostrar afecto	0.58	<i>Entender instrucciones nuevas</i>
actuar apropiadamente	0.57	Emocional
reconocer actos inconvenientes	0.56	<i>Ajustarse a cambios inesperados</i>
conseguir ayuda	0.53	<i>Aceptar críticas</i>
Discutir	0.46	<i>Controlar el llanto</i>
aceptar críticas	0.42	<i>Controlar el temperamento</i>
iniciar conversación	0.74	<i>No permanecer deprimido</i>
participar en actividades grupales	0.68	<i>Control de emociones</i>
conducir un automóvil	0.40	<i>Controlar la risa</i>

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. ¹ Factores propuestos por Heilbronner et al. (1993), en Leathem et al, 1998.

El total de la PCRS que se obtuvo en el grupo de respondientes fue $M=117.72$ ($DE=12.79$) y $M=118.78$ ($DE=13.36$) para los informantes. Con el fin de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en la forma de responder a las preguntas entre ambos grupos se realizó una prueba t para grupos independientes, en la cual se obtuvieron diferencias sólo en 5 reactivos, los cuales son: dificultad para lavar los platos, dificultad para iniciar una conversación, dificultad en recordar cosas importantes por hacer, dificultad en cumplir con responsabilidades y dificultad en controlar la risa. No se encontraron diferencias significativas en los subtotales de la escala (actividades de la vida diaria, cognitivo, emocional e interpersonal), como se muestra en la tabla 2.

Para determinar el grado de acuerdo entre los reactivos, los investigadores han propuesto que se debe restar la puntuación del autoreporte del respondiente de aquella proporcionada por el informante (PCRS-R menos PCRS-I). Entre más cercana la diferencia a 0 hay mayor acuerdo, en este caso los valores negativos indican una subestimación por parte del respondiente y los valores positivos una sobreestimación. Como se puede observar en la tabla 3 existe una tendencia a sobreestimar conductas como lavar los platos, aceptar críticas, reconocer que se ha hecho o dicho algo que lastima a otras personas y en el

total de las Actividades de la vida diaria. Por otra parte, existe una tendencia subestimar actividades como manejar el dinero, concentrarse cuando se está aburrido, para iniciar una conversación, para recordar cosas importantes por hacer, para controlar la risa y en los totales de las áreas Interpersonal, Cognitivo y Emocional, así como en la escala total.

Para determinar la presencia de ISA, Sherer, Hart, y Nick (2003) proponen que se deben considerar los siguientes puntos de corte: diferencias menores a 28=ausencia o ISA leve; de 28 a 51=ISA moderada; mayor a 51=ISA severa. En el presente estudio se analizaron los puntos de corte para la población estudiada y se obtuvieron los siguientes datos: de -12 a +14 puntos no hay alteración de la consciencia o es leve; de 15 a 24 y de -13 a -22 es moderada; y mayor a 25 y menor a -23 como severa. En comparación con los puntos de corte propuestos por Sherer, nuestro punto de corte para determinar presencia de ISA es dos veces menor, es decir, en el primer caso son 28 puntos y en el segundo son 14 puntos. Por este motivo, se debe tener cuidado al proponer cuales serían los estándares de normalidad, de ahí que es muy importante realizar estudios con poblaciones sanas para determinar en qué momento se presentan los datos patológicos.

Tabla 2

Comparación entre el grupo de respondientes (PCRS-R) y el grupo de Informantes (PCRS-I)

<i>Reactivo/área total</i>	<i>Respondiente</i>		<i>Informante</i>		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
dificultad preparar comidas	4.09	0.84	3.98	0.97	0.267
dificultad para vestir	4.76	0.56	4.69	0.58	0.283
dificultad cuidar higiene personal	4.61	0.61	4.68	0.62	0.366
dificultad para lavar platos	4.23	0.91	3.98	1.06	0.021
dificultad para lavar ropa	4.28	0.86	4.15	0.93	0.191
dificultad para manejar dinero	4.02	0.81	4.14	0.94	0.203
dificultad para llegar a citas a tiempo	3.79	1.07	3.77	1.15	0.832
dificultad para iniciar conversación	3.73	0.93	3.99	0.88	0.012
dificultad para trabajar aburrido	3.38	0.81	3.54	0.91	0.092
dificultad para recordar la cena	4.31	0.88	4.29	0.89	0.849
dificultad para recordar nombres	4.31	0.85	4.34	0.89	0.797
dificultad para recordar actividades	4.14	0.85	4.16	0.87	0.846
dificultad cosas importantes	4.15	0.84	4.34	0.78	0.033
dificultad para conducir	3.69	1.26	3.69	1.20	0.964
dificultad para conseguir ayuda	3.90	0.93	3.84	0.87	0.535
dificultad adaptar a cambios	3.66	0.87	3.71	0.87	0.607
dificultad para discutir	3.99	1.00	4.09	0.88	0.341
dificultad en aceptar criticas	3.55	0.91	3.37	0.98	0.088
dificultad en controlar el llanto	3.36	1.11	3.52	1.12	0.211
dificultad en actuar apropiadamente	4.43	0.69	4.43	0.70	0.936
dificultad en demostrar afecto	3.97	0.98	3.98	0.97	0.909
dificultad en participar	3.92	0.91	4.08	0.84	0.112
dificultad en reconocer actos	3.73	0.92	3.57	0.96	0.123
dificultad en programar actividades	3.97	0.90	3.98	0.90	0.950
dificultad en entender instrucciones	4.07	0.79	4.21	0.77	0.117
dificultad cumplir responsabilidades	3.94	0.86	4.15	0.86	0.033
dificultad en controlar temperamento	3.19	1.05	3.20	1.04	0.915
dificultad en no deprimirse	3.48	1.08	3.59	0.97	0.303
dificultad control de emociones	3.61	0.92	3.70	0.90	0.391
dificultad en controlar risa	3.45	1.14	3.70	1.11	0.048
total escala PCRS	117.73	12.79	118.78	13.37	0.471
total actividades de la vida diaria	33.63	3.96	33.45	4.27	0.694
total Interpersonal	27.67	3.80	27.94	3.59	0.516
total Cognitivo	32.13	4.23	32.60	4.56	0.335
total Emoción	24.30	4.46	24.79	4.61	0.331

• Estudio 2

Influencia de la cultura sobre la Autoconsciencia

Con base en el Estudio 1, se demuestra que la muestra mexicana estudiada no presenta alteraciones en la autoconsciencia, y que las tendencias a

mostrar subestimación o sobreestimación puede ser resultado de la cultura. Para comprobar esta hipótesis se hicieron comparaciones con 3 grupos de

participantes sanos, cuyos datos fueron obtenidos de las publicaciones previas de los grupos de investigación de España, Nueva Zelanda y USA.

Tabla 3.

Muestra la diferencia entre la escala del respondiente de la escala del informante (PCRS-R menos PCRS-I) en la población mexicana

Reactivo	M	DE
dif comida	- 0.11	0.85
dif vestir	- 0.07	0.73
dif higiene	0.06	0.61
dif platos	- 0.26	0.91
dif ropa	- 0.13	0.95
dif dinero	0.13	1.05
dif citas	- 0.02	0.98
dif conversar	0.26	0.95
dif trabajo	0.16	0.99
dif cena	- 0.02	0.99
dif rec nombres	0.03	0.90
dif actividades	0.02	0.91
dif cosas	0.19	0.87
dif conducir	-.01	0.91
dif ayuda	-0.06	0.92
dif adaptar	0.05	1.00
dif discutir	0.10	1.13
dif acep criticas	-.18	1.06
dif llanto	0.16	1.09
dif actuar	-.01	0.87
dif afecto	0.01	1.02
dif participar	0.16	0.98
dif reconocer actos	-.16	1.07
dif programar	0.01	0.91
dif instrucciones	0.14	0.81
dif responsabilidades	0.21	0.93
dif temperamento	0.01	1.02
dif depresion	0.12	1.06
dif emocion	0.09	0.99
dif risa	0.25	1.24
dif pcrs total	1.06	9.13
dif actividades diarias	-.18	3.50
dif interpersonales	0.27	3.28
dif cognitivas	0.48	3.65
dif emocionales	0.49	3.95

Se realizó una búsqueda en las bases de datos para determinar aquellos artículos que contaran con datos normativos en participantes sanos. Sólo se encontraron tres artículos, el primero es el estudio de

Prigatano y Fordyce (1986) sólo analizaron a 28 participantes sanos; el estudio realizado en España por Prigatano et al. (1998) proporciona datos en una muestra de 28 controles y, por último, Leathem et al.

(1998) quienes realizaron un estudio con datos normativos en dos tipos de culturas (Maori y No Maori) en Nueva Zelanda; y bajo comunicación personal nos proporcionó su base de datos original que incluye 24 Maoris y 63 No Maoris participantes sanos.

La puntuación total de la PCRS de los grupos culturales antes mencionados se

muestra en la tabla 4. Como se puede observar, a pesar de que la diferencia entre el grado de acuerdo entre la PCRS-R y PCRS-I es muy similar, las puntuaciones totales varían, por lo que es realmente necesario tener en cuenta las discrepancias entre ambas escalas y no la puntuación total, ya que si se hace esto último, podría referir al paciente a un diagnóstico erróneo.

Tabla 4

Resultados de la escala total PCRS y la diferencia encontrada entre diferentes grupos culturales

País	Respondiente		Informante	
	M	DE	M	DE
USA	144.00	----	145.00	----
España	144.36	7.16	145.00	4.83
No Maori, Nueva Zelanda	129.68	13.25	131.29	11.97
Maori, Nueva Zelanda	131.29	8.25	132.45	10.62
México	117.72	12.79	118.78	13.36

Finalmente, se analizó la diferencia entre la PCRS-R y PCRS-I de acuerdo a las áreas de competencia reportadas por Prigatano. Los datos muestran que los cuatro grupos poseen tendencias negativas (subestimar) en las actividades socioemocionales, mientras que el grupo de Maoris y Mexicanos tienen una tendencia positiva

(sobreestimar) en las capacidades de autocuidado (ver tabla 5). Estos datos son relevantes ya que estas mismas tendencias de estimación pueden influir en la consideración que tienen de sí mismos los pacientes con daño cerebral, por lo que podría enmascarse un daño con una influencia de la cultura.

Tabla 5.

Diferencias entre PCRS-R y PCRS-I en el área Socioemocional e interpersonal cognitivo y de Actividades de la vida diaria¹ en las diferentes culturas

País	Socioemocional e interpersonal-cognitivo		Actividades de la vida diaria	
	M	DE	M	DE
USA	-.09	----	-.19	----
No Maori, Nueva Zelanda	-.59	4.24	-.01	3.55
Maori, Nueva Zelanda	-.52	2.19	.41	1.66
México	-.41	2.44	.18	3.49

¹Las agrupaciones de las áreas de competencia fueron propuestas por Prigatano. En la tabla se muestra la diferencia obtenida de la resta de la escala del respondiente menos la escala del informante.

Discusión y Conclusiones

La autoconsciencia definida la capacidad cerebral propuesta por Prigatano (1996, 1999) se va desarrollando durante el proceso ontogénico, pero puede verse afectada por diversos eventos como enfermedades psiquiátricas y neurológicas, ocasionando lo que se conoce como alteración en la consciencia de sí mismo (ISA). A pesar de que se han propuesto diferentes métodos para medir el nivel de alteración, son pocos los estudios que cuentan con datos normativos en población sana. En el presente estudio se aplicó la escala PCRS en una muestra de 320 participantes sanos. Los resultados obtenidos muestran que a pesar de tratarse de una muestra sin antecedentes de daño neurológico y/o psiquiátrico en la escala total del PCRS-R se obtuvo el promedio de 117.72 y para el PCRS-I de 118.78, los cuales se encuentran hasta 27 puntos por debajo de lo reportado por otras investigaciones (Prigatano y Frodyce, 1986; Prigatano et al., 1998). Si sólo observamos estas cifras se podría interpretar que existe una alteración en la capacidad para percibir las capacidades por parte de los participantes. Sin embargo, las discrepancias entre ambas escalas es en promedio -1.05, es decir, hay un alto grado de acuerdo entre los respondientes e informantes, lo mismo que sucede en otras culturas, por lo que el uso de la escala es altamente confiable, mostrando una consistencia interna de 0.8753 y 0.8872 respectivamente.

Determinar hasta donde existe alteración en la autoconsciencia y en donde sólo es una discrepancia "normal" en la percepción tanto del paciente como de su familiar, ha sido una tarea difícil. En la revisión de la literatura únicamente Sherer y

colaboradores (2003) han proporcionado puntos de corte para determinar el nivel de severidad de ISA centrandose en menos de 28 puntos la ausencia (o ISA leve), de 28 a 51 puntos (moderado) y más de 51 puntos (severo) de discrepancia en el acuerdo entre respondientes e informantes. Sin embargo, al utilizar estos puntos de corte en la presente investigación, encontramos que para estar dentro del rango normal se debe tener una discrepancia entre -12 y 14 puntos, esto significa la mitad del punto de corte establecida por Sherer et al., 2003. Esto es relevante ya que hace notar la necesidad de realizar investigaciones con personas sanas y determinar cual sería la participación de la personalidad de en la manifestación de la autoconsciencia, y de esta forma, tener un mayor control sobre lo que se considerará la presencia o ausencia de un nivel alterado de la autoconsciencia.

Asimismo, en el presente estudio observamos que la cultura influye sobre la forma en que los pacientes manifestaran la presencia de alteraciones en la consciencia de sí mismo. Por ejemplo, en el análisis factorial realizado los reactivos que conforman estos factores son distintos a los propuestos previamente por Leathem et al (1998), tal vez debido a que existen reactivos que comparten características influenciadas por aspectos de personalidad y cultura, como es el caso de los reactivos "llegar a citas a tiempo" y "trabajar aún estando aburrido", que habían sido establecidos por Leathem como integrantes del *componente cognoscitivo*, mientras que en el presente estudio se encuentra dentro del *componente emocional*.

Los resultados indican que ciertos grupos culturales, en este caso los mexicanos y los maoris, tienden a sobreestimar algunas capacidades, por ejemplo, las de

autocuidado. Estos datos son importantes, ya que en las poblaciones con alteraciones provocadas por un daño cerebral, se espera que tengan sobreestimación de su conducta, y esto podría ser sólo el reflejo de la cultura a la que pertenecen y no un síntoma genuino de alteración.

Por otra parte, los valores negativos en la estimación de la autoconciencia ($dif=-1.05$) sugieren que los participantes de un "grupo control neuropsicológico" tienden a verse a sí mismos como menos competentes que sus informantes; un patrón totalmente opuesto al traumatismo craneoencefálico. Prigatano (1991) también señala que la tendencia a subestimar las alteraciones o incapacidad en las interacciones sociales o control emocional puede verse afectada por el daño cerebral, pero también hay que tener en cuenta que la personalidad y la religión de los pacientes puede influir su autoapreciación. Diversos estudios transculturales, sobre todo en grupos orientales, han reportado que los pacientes no sobreestiman sus capacidades porque en su cultura es mal visto el "auto-elegio" (Prigatano & Leathem 1993; Prigatano, Ogano, & Amakusa, 1997).

En conclusión, nuestros resultados señalan que la escala Patient Competency Rating Scale (PCRS) es una forma objetiva de estimación de la alteración del nivel de autoconciencia en población mexicana. Sin embargo, es necesario considerar los factores culturales para poder contar con datos confiables y así determinar la magnitud del daño para diseñar programas de diagnósticos y de tratamiento específicos.

Referencias

- Allen, C. C., & Ruff, R. M. (1990). Self-rating versus neuropsychological performance of moderate versus severe head-injured patients. *Brain Injury*, 4, 7-17.
- Anderson, S. W., & Tranel, D. (1989). Awareness of disease states following cerebral infarction, dementia, and head trauma: Standardized assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 3, 327-339.
- Bogod, N. M., Mateer, C. A., & MacDonald, S. W. S. (2003). Self-awareness after traumatic brain injury: a comparison of measures and their relationship to executive functions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 450-458.
- Fleming, J. M., Strong, J., & Ashton, R. (1996). Self-awareness of deficits in adults with traumatic brain injury: How best to measure. *Brain Injury*, 10: 1-15.
- Gasquoin, P. G., & Gibbons, T. A. (1994). Lack of awareness of impairment in institutionalized, severely, and chronically disabled survivors of traumatic brain injury: A preliminary investigation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 9, 16-24.
- Heilbronner, R. L., Millsaps, C., Azrin R., & Mittenberg, W. (1993). Psychometric properties of the Patient Competency Rating Scale. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 67-68.
- Leathem J. M., Murphy, L. J., & Flett, R. A. (1998). Self- and informants-ratings on the Patient Competency Rating Scale in patients with traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(5):694-705.

Luria, A. R. (1986). The human brain and conscious activity. En R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness & Self-regulation. Advances in research and theory* (pp. 1-35). Ed. Plenum Press, New York.

Prigatano, G. P. (1991). Disturbances of self awareness of deficit after traumatic brain injury. En G.P. Prigatano & D.L. Schacter (Editores), *Awareness of difficult after brain injury* (pp. 111-126). New York: Oxford University Press.

Prigatano, G. P. (1999). Disorders of behavior and self-awareness. *The official Journal of the Barrow Neurological Institute of Mercy Healthcare Arizona*; 15(4): 12-19.

Prigatano, G. P. (1996). Behavioral limitations TBI patients tend to underestimate: a replication an extension to patients with lateralized cerebral dysfunction. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(2): 191-201.

Prigatano, G. & Klonoff, P. (1998). A Clinician's Rating Scale for evaluating impaired self-awareness and denial of disability after brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 12(1): 56-67.

Prigatano, G., Bruna, O., Matarato, M., Muñoz, J.M., Fernández, S., & Junque, C. (1998). Initial disturbances of consciousness and resultant impaired awareness in Spanish patients with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5): 29-38.

Prigatano, G. P, Ogano, M., & Amakusa, B. (1997). A cross-cultural study on impaired self-awareness in Japanese patients with brain dysfunction. *Neuropsychiatry*,

Neuropsychology, and Behavioral Neurology, 10(1): 135-143.

Prigatano, G. P. & Fordyce, D. J. (1986). Cognitive dysfunction and psychosocial adjustment after brain injury. En G. P. Prigatano, D.J. Fordyce, H. K. Zeiner, J. R. Roueche, M. Pepping, & B. Wood (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation after brain injury* (pp. 1-17). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Prigatano, G. P., & Leathem, J. M. (1993). Awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury: a cross-cultural study of New Zealand Maoris and non-Maoris. *Clinical Neuropsychologist*, 7(2): 123-135.

Prigatano, G. P., & Altman, I. M. (1990). Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 71:1058-1064.

Sherer, M., Boake, C., Clement, V., Levin, E., & High, W. (1996, February). Awareness of deficits after traumatic brain injury: Comparison of patient, family, and clinician ratings. Trabajo presentado en el Meeting of the International Neuropsychological Society, Chicago, IL. [Abstract]. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2, 17.

Sherer, M., Boake, C., Silver, B., Levin, E., Ringholz, G., Wilde, M. C., & Oden, K. (1995, February). Assessing awareness of deficits following acquired brain injury: The Awareness Questionnaire. Trabajo presentado en el Meeting of the International Neuropsychological Society, Seattle, WA. [Abstract]. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 163.

Sherer, M., Hart, T., & Nick, T.G. (2003). Measurement of impaired self-awareness after traumatic brain injury: a comparison of the patient competency rating scale and the awareness questionnaire. *Brain Injury*, 17(1): 25-37.

Stuss, DT, & Benson, DF (1983). Frontal lobe lesions and behavior. En A. Kertesz (Ed.), *Localization in Neuropsychology* (pp. 429-454). New York: Academic Press.

Toglia, J. & Kirk, U. (2000). Understanding awareness deficits following brain injury. *Neurorehabilitation*, 15, 57-70.