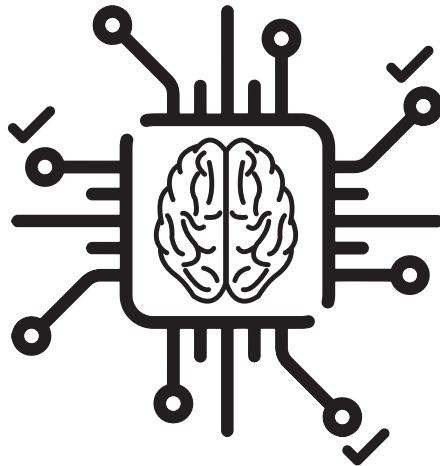


PSICOLOGÍA

JOAN DEUS YELA

JOSEP DEVÍ BASTIDA (COORDS.)

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS



EDITORIAL UOC



16h

Evaluación en Psicología Clínica de adultos

Joan Deus Yela
Josep Deví Bastida (coords.)



EDITORIAL UOC

Diseño de la colección: Editorial UOC

Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Primera edición en lengua castellana: marzo 2019

Primera edición en formato digital: abril 2019

© Joan Deus Yela y Josep Deví Bastida (coords.), Susanna Jofre, Enric Arroyo, Abigail Mora, Sònia Magán, Teresa Gutiérrez-Rosado, Marisol Mora, Núria Gondón, Tania Estapé, Guillermo Parra, Belén Hermoso, Sandra Lefler, Laura Forcano, Marina López-Ruiz, Susanna García, Arantxa Sabanés, Margot Pujal, David Clusa, Gerard Martínez-Vilavella, del texto

© Editorial UOC (Oberta UOC Publishing, SL) de esta edición, 2019

Rambla del Poblenou, 156

08018 Barcelona

<http://www.editorialuoc.com>

Realización editorial: Sònia Poch

ISBN: 978-84-9180-443-7

La UOC queda facultada expresamente por el/la autor/a para digitalizar y publicar la Obra en un repositorio en línea que será accesible al público bajo licencias Creative Commons, incluyendo la licencia ReconocimientoNoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND), v.4.0 Internacional (jurisdicción internacional), que permitirá copiar, distribuir y transmitir públicamente la Obra siempre citando la autoría y la fuente, sin hacer un uso comercial y sin hacer obra derivada. Si la Obra es transformada, la obra generada estará sometida a una licencia Creative Commons similar o compatible con la licencia mencionada.

Joan Deus Yela

Psicólogo clínico y neuropsicólogo. Doctor en Psicología (1995) y premio extraordinario de doctorado. Certificado Europeo de Psicología Clínica (2010). Profesor agregado de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Coautor de 162 publicaciones, 110 en revistas indexadas, siendo el 92 % de cuartil 1, tres manuales (2003, 2006 y 2018) y dieciséis capítulos. Índice de impacto medio de 6.088 y Factor H de 43. Miembro investigador en diez proyectos competitivos estatales, siendo el investigador principal en cuatro (2007-2020). Ha dirigido doce tesis doctorales. Ha recibido veintitrés premios de investigación, destacando el Premio Nacional en Neuropsicología Experimental del Consorcio de Neuropsicología Clínica (2013), el Premio Rosa Martí-Sensat del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC) (2009), el Premio a la Investigación en Fibromialgia (2008) y el Premio Ramón Bayés i Sopena por su trayectoria profesional (2018). Consultor sénior en la Unidad de Investigación en Resonancia Magnética-Hospital del Mar y Responsable Asistencial del Servicio de Psicología y Logopedia de la UAB. Coordinador del grupo de investigación SGR2017-1198 GRC-PsicoClíSa de la UAB.

Josep Deví Bastida

Psicólogo clínico y neuropsicólogo. Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria (EAIA) de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) en CAEMIL (Recinto Torribera) –Parc de Salut Mar (Santa Coloma de Gramanet). Profesor asociado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Licenciado en Psicología por la UAB (1993). Doctor en Psicología (1999) por la UAB. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del MEC, en 2008), acreditado como Experto en Neuropsicología Clínica por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC) (2008 y 2016) y el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (2017). Acreditación de Profesor ayudante doctor ANECA 2011, Profesor de Universidad Privada ANECA 2017 y Profesor contratado doctor ANECA 2017. Coautor de dieciséis publicaciones de artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales y dos publicaciones de artículos en revistas no indexadas. Coordinador, autor y coautor de libros y capítulos de libros en editoriales de prestigio: coordinador de dos libros, autor en solitario de un libro, coautor de tres libros y coautor de siete capítulos de libros. Revisor de la revista *Age and Ageing* (The international journal of the British Geriatrics Society; cuartil 1) desde 2013 hasta la actualidad. Presidente de la Societat Catalanoblear de Psicologia de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares

(ACMSCB) de 2004 a 2011. Miembro del comité editorial de la revista *Annals de Medicina* (ACMSCB) de 2004 a 2011. Miembro de grupo SGR2017-1198 investigador GRC-PsicoClíSa-Neuroimagen, Personalidad, Prevención y Tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la UAB.

Autores

Susanna Jofre

Enfermera. Servicio de Oncología-Hematología-Digestivo. Hospital Mútua de Terrassa.

Enric Arroyo

Médico de familia. Centro de Asistencia Primaria Sant Cugat-Mutua de Terrassa (Sant Cugat del Vallés). Residencia y Centro de Día Sant Cugat, Departament de Benestar i Família-SISPAP / Grup Mutuam (Sant Cugat del Vallés / Barcelona).

Abigail Mora

Psicóloga general sanitaria. Unidad de Psicología Forense del Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra). Servicio de Psicología Clínica Sabadell. CGO-Mèdic (Mataró).

Sònia Magán

Psicóloga general sanitaria y neuropsicóloga. Residencia y Centro de Día Sant Francesc (Manresa / Santpedor). Presidenta de la Societat Catalanobalear de Psicología de la ACMSCB en Barcelona.

Teresa Gutiérrez-Rosado

Psicóloga. Profesora titular del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la UAB.

Marisol Mora

Psicóloga. Profesora agregada del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universitat Autònoma de Barcelona. Responsable de la Unidad de Evaluación e Intervención de la Imagen Corporal en la UAB.

Núria Gondón

Psicóloga clínica y psicooncóloga. Fundació Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramanet).

Tania Estapé

Psicóloga clínica y psicooncóloga. FEFOC Fundació (Barcelona).

Guillermo Parra

Psicólogo general sanitario. CENAT Psicología (Rubí / Santa Coloma de Gramanet). Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra). Profesor asociado del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Belén Hermoso

Psicóloga general sanitaria. Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra). CGO-Mèdic (Mataró).

Sandra Lefler

Psicóloga general sanitaria. Fundación Privada Hospital Sant Joan Baptista (Sitges). Centro Terapéutico y Geriátrico (Sant Cugat del Vallés).

Laura Forcano

Psicóloga general sanitaria. Programa de Neurociencias. Grupo de Farmacología Integrada y Neurociencia de Sistemas. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) de Barcelona.

Susanna Garcia

Psicóloga clínica y neuropsicóloga. ASSIR Litoral. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD). Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. (Barcelona).

Marina López-Ruiz

Psicóloga general sanitaria. Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra). Centro de Salud Mental Integral y Comunitaria Clínica Sant Jordi (Barcelona).

Arantxa Sabanés

Psicóloga general sanitaria. Unidad de Psicogénero del Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra).

Margot Pujal

Psicóloga. Profesora titular del Departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona. Responsable de la Unidad de Psicogénero del Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra).

David Clusa

Médico psiquiatra. Jefe del Departamento de Salud Mental de la Fundació Sant Pere Claver. Profesor Asociado del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Gerard Martínez-Vilavella

Psicólogo general sanitario. Servicio de Psicología y Logopedia de la Facultad de Psicología de la UAB (Bellaterra). CGO-Mèdic (Mataró). Unidad de Investigación en Resonancia Magnética del Hospital del Mar-PRBB - Parc Salut Mar (Barcelona).

*En recuerdo de mi querido padre
y de mi querido hermano Mario.*

Joan Deus Yela

Dedicado con todo el amor y cariño a mi hija, Martina.

Josep Deví Bastida

Índice

Capítulo I. Aspectos conceptuales de la evaluación

psicológica clínica de adultos..... 19

Joan Deus Yela, Josep Deví Bastida

1. Breve reseña histórica..... 20
2. Delimitación terminológica y objetivos..... 25
3. Modelos en evaluación psicológica clínica..... 28
4. Principios éticos y deontológicos de la evaluación..... 30
- Bibliografía..... 34

Capítulo II. El proceso de evaluación en Psicología

Clínica-Sanitaria y el Informe clínico..... 35

Joan Deus Yela, Josep Deví Bastida

1. Concepto y fases del proceso de evaluación psicológica clínica..... 36
2. Anamnesis clínica..... 41
3. Exploración del estado mental o examen clínico psicopatológico..... 45
4. El informe psicológico clínico-sanitario..... 47
- Bibliografía..... 51

Capítulo III. La entrevista clínica..... 53

Abigail Mora, Belén Hermoso, Joan Deus Yela

1. Aspectos conceptuales de la entrevista, ventajas y limitaciones..... 54
2. Clasificación o tipos de entrevistas 57
3. El curso de la entrevista: enfoque longitudinal..... 60

4. Fiabilidad y validez de la entrevista.....	61
5. Sesgos y recomendaciones que afectan a la calidad de la entrevista.....	63
Bibliografía.....	66

Capítulo IV. Evaluación de la personalidad en el contexto clínico-sanitario.....

67

Joan Deus Yela, Marina López-Ruiz, Gerard Martínez-Vilavella

1. Concepto y evaluación de la personalidad.....	68
2. Evaluación desde criterios empíricos: Inventario de personalidad de California (CPI).....	69
3. Evaluación de la personalidad desde el paradigma factorial o de los rasgos.....	71
3.1. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R).....	71
3.2. Cuestionario factorial de personalidad de Catell (16 PF-5).....	73
3.3. Inventario NEO de personalidad revisado (NEO-PI-R).....	76
4. Evaluación de la personalidad desde teorías psicobiológicas: Inventario de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R).....	78
Bibliografía.....	84

Capítulo V. Cuestionarios multidimensionales

de evaluación en Psicología Clínica-Sanitaria.....

85

Gerard Martínez-Vilavella, Josep Deví Bastida, Joan Deus Yela

1. Inventario de los noventa síntomas revisado de Derogatis (SCL-90-R).....	86
2. Cuestionario de análisis clínico (CAQ).....	89
3. Inventario clínico-multiaxial de Millon (MCMI-III)	92

4. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).....	94
5. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 reestructurado (MMPI-2-RF).....	98
6. Inventario de evaluación de la personalidad (PAI).....	100
Bibliografía.....	105
Capítulo VI. Evaluación de los trastornos afectivos	107
Belén Hermoso, Abigail Mora, Joan Deus Yela	
1. Semiología de los trastornos afectivos.....	108
2. La entrevista clínica en la fase inicial del proceso de evaluación.....	111
3. El análisis funcional.....	114
4. Técnicas psicométricas para evaluar los trastornos afectivos	116
4.1. Inventario de depresión de Beck (BDI).....	118
4.2. Escala de depresión de Hamilton (HRSD)	118
4.3. Escala de depresión de Zung (SDS).....	119
4.4. Cuestionario de trastornos del humor (MDQ)	120
4.5. Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS).....	120
5. Técnicas psicométricas para evaluar el suicidio en los trastornos afectivos	121
Bibliografía.....	123
Capítulo VII. Evaluación de los trastornos de ansiedad y del trastorno obsesivo-compulsivo	125
Susanna García, Laura Forcano	
1. Descripción, epidemiología y factores etiológicos.....	125
2. Entrevistas diagnósticas estructuradas.....	128
3. Autorregistros	129

4. Inventarios y cuestionarios	129
4.1. Evaluación de fobias específicas	131
4.2. Evaluación de la fobia de ansiedad social.....	132
4.3. Evaluación de la agorafobia y ataques de pánico....	133
4.4. Evaluación de la ansiedad generalizada	136
4.5. Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	139
Bibliografía.....	142

Capítulo VIII. Evaluación de los trastornos del espectro

psicótico: esquizofrenia	145
David Clusa, Joan Deus Yela	
1. Concepto y epidemiología de los trastornos del espectro esquizofrénico	146
2. Evaluación genérica y estructurada de los trastornos del espectro esquizofrénico	149
3. Neuropsicología de la esquizofrenia y su evaluación	155
Bibliografía.....	160

Capítulo IX. Evaluación de los trastornos

de la personalidad	163
Marina López-Ruiz, Guillermo Parra, Joan Deus Yela	
1. Concepto y epidemiología del trastorno de la personalidad.....	163
2. Clasificación de los trastornos de personalidad	166
3. Evaluación genérica y estructurada de los trastornos de personalidad.....	168
3.1. Evaluación mediante instrumentos psicométricos generales	169

3.2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del <i>DSM-IV</i>	170
3.3. Examen internacional para los trastornos de personalidad	172
4. Evaluación específica según el trastorno de personalidad en estudio	173
Bibliografía.....	178
Capítulo X. Evaluación en psicogeriatría y demencias....	179
Josep Deví Bastida, Sandra Lefler, Sònia Magán, Susanna Jofre	
1. Generalidades sobre la evaluación neuropsicológica en el anciano	180
2. La entrevista clínica a ancianos y la evaluación neuropsicológica.....	180
3. La evaluación funcional.....	183
4. Instrumentos de evaluación cognitiva	185
4.1. Instrumentos de <i>screening</i> o cribado	185
4.2. Instrumentos de evaluación de funciones cognitivas específicas.....	186
4.3. Baterías generales de evaluación cognitiva: test Barcelona abreviado (TB-A)	188
4.4. Instrumentos globales para realizar un examen psicogeriátrico: <i>Cambridge Mental Disorders Elderly Examination</i> (CAMDEX).....	189
4.5. Escalas clínicas de estadiaje global para la evaluación de la demencia.....	190
5. Instrumentos de evaluación psicopatológica y funcional.....	191
5.1. Instrumentos generales de evaluación psicopatológica y conductual.....	191

5.2. Instrumentos de evaluación de los trastornos del humor o estado afectivo	192
5.3. Otros instrumentos de valoración psicopatológica...	193
5.4. Instrumentos de evaluación funcional	194
Bibliografía.....	196

Capítulo XI. Evaluación en psicooncología y cuidados

paliativos	197
Tania Estapé, Núria Gondón	
1. Conceptualización de términos	197
2. Breve reseña histórica.....	199
3. Necesidad de la evaluación psicológica	202
4. Solapamiento de síntomas	203
5. Criterios de selección de instrumentos para la evaluación en psicooncología y cuidados paliativos	205
6. Evaluación mediante las nuevas tecnologías	209
Bibliografía.....	211

Capítulo XII. Evaluación psicológica del dolor crónico

Josep Deví Bastida, Susanna Jofre, Enric Arroyo	
1. El papel de la psicología en el manejo del dolor	214
2. Dolor crónico: generalidades	216
2.1. Experiencia aversiva frente a función adaptativa	216
2.2. Dolor agudo (adaptativo) frente a dolor crónico (enfermedad en sí).....	216
3. Modelos teóricos explicativos del dolor crónico	218
3.1. Modelo biomédico.....	218
3.2. Teorías integradoras: modelo integrador de la teoría de la puerta	219
4. Evaluación y medición del dolor crónico	221
4.1. La historia clínica y la entrevista	223

4.2. Los autoinformes.....	223
4.3. Los autorregistros.....	225
4.4. Otros cuestionarios y escalas.....	227
Bibliografía.....	230
 Capítulo XIII. Evaluación de los trastornos por uso de sustancias y otras conductas adictivas.....	
231	
Teresa Gutiérrez-Rosado	
1. Concepto y epidemiología de los trastornos adictivos .	232
2. Clasificación de los trastornos según el uso de sustancias.....	235
3. Medidas de detección de la adicción.....	236
4. Evaluación para la delimitación del problema de adicción.....	239
5. Evaluación complementaria	242
5.1. Diagnóstico diferencial: comorbilidad psicopatológica o diagnóstico dual	243
5.2. Nivel motivacional y autoeficacia.....	244
Bibliografía.....	247
 Capítulo XIV. Evaluación de los trastornos alimentarios e imagen corporal.....	
249	
Marisol Mora	
1. Ámbitos de exploración.....	250
1.1. Evaluación médica.....	250
1.2. Evaluación de los patrones de ingesta y las conductas compensatorias	253
1.3. Evaluación de la imagen corporal.....	260
1.4. Evaluación de la psicopatología asociada	263
Bibliografía.....	264

Capítulo XV. Evaluación de la violencia de género

en la relación de pareja	267
Arantxa Sabanés, Margot Pujal	
1. Concepto de la violencia de género	267
2. Tipos de violencias de género	269
3. Impacto y desarrollo de la violencia de género en la salud	271
4. Evaluación psicológica de la violencia de género	274
4.1. Peculiaridades de la evaluación psicológica	274
4.2. Proceso de cribado en la identificación de la violencia	275
4.3. Instrumentos específicos de evaluación.....	278
5. Instrumentos recomendados con mayor frecuencia	281
Bibliografía.....	283

Capítulo I

Aspectos conceptuales de la evaluación psicológica clínica de adultos

Joan Deus Yela, Josep Deví Bastida

Un psicólogo clínico o sanitario lleva a cabo la exploración de un paciente adulto, bien en consulta ambulatoria, bien en un centro hospitalario o sanitario, con el fin de poder establecer un diagnóstico psicopatológico o recomendar una determinada intervención psicológica. Investiga e indaga sobre el motivo de la consulta o internamiento, recaba datos de su psicobiografía mediante la entrevista, dialoga con el paciente y sus familiares para conocer sus condiciones socio-ambientales, efectúa un breve examen psicopatológico o de la sintomatología que presenta el paciente, le aplica una serie de test o pruebas psicométricas o técnicas de medida con el propósito de evaluar una serie de características psicológicas u observa su conducta en una sala hospitalaria. Basándose en ello, y tras efectuar un diagnóstico psicológico clínico o sanitario, habitualmente denominado en el ámbito clínico *psicodiagnóstico*, recomienda y especifica un determinado tratamiento. Posteriormente, una vez finalizada la fase de intervención prescrita, el psicólogo clínico o sanitario vuelve a explorar al paciente, valorando los cambios que se han producido en su comportamiento y en su curso clínico. Este profesional sanitario o de la salud ha efectuado, en primera instancia, o en la primera fase del proceso descrito, una evaluación psicológica clínica y, posteriormente, tras la intervención, una valoración psicológica clínica (Fernández-Ballesteros, 2017).

1. Breve reseña histórica

Puede considerarse que Witner, en 1846, fue el creador o padre de la Psicología Clínica al establecer una clínica en la Universidad de Pensilvania para tratar problemas psicológicos y escolares. Actualmente, la Psicología Clínica, reconocida oficialmente en 1946 como una rama de la Psicología, y la Psicología Sanitaria, reconocida en nuestro país en 2013, están reconocidas como una especialidad o profesionalización de la Psicología y del ámbito de Ciencias de la Salud. La evaluación psicológica clínica transcurre históricamente en paralelo a la Psicología Clínica, y debe ser considerada como el primer proceso de actuación o toma de decisiones que debería realizar todo psicólogo clínico o sanitario para establecer un diagnóstico clínico y un protocolo de intervención. De hecho, ya desde el principio de la historia humana se ha reconocido que las personas difieren en cuanto a aptitudes cognoscitivas o neuropsicológicas, características de personalidad, de comportamiento y manifestaciones de las emociones; y que estas diferencias pueden evaluarse u objetivarse, en cierta forma, mediante medidas estandarizadas (Aiken, 2003; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013).

Haciendo un breve repaso histórico, hace casi 2.500 años, Platón y Aristóteles ya escribieron sobre las diferencias individuales y su potencial necesidad de ser evaluadas. Previamente, se dice que los antiguos chinos, hacia el año 2.200 a.C., por orden de su emperador, establecieron un sistema de exámenes en el servicio civil para poder determinar si los funcionarios gubernamentales eran aptos o no para desempeñar adecuadamente sus funciones. Las habilidades individuales evaluadas –cada tres años y según las necesidades de la época– eran destreza musical, tiro con arco, equitación, escritura y aritmética, así como conocimientos en ritos

y ceremonias públicas y privadas. Dicho sistema de evaluación fue perpetuado por sucesivos gobernantes chinos, que incluyeron conocimientos sobre ley civil, asuntos militares, agricultura, rentas públicas, geografía, composición y poesía. Con posterioridad, a lo largo del siglo XIX, los gobiernos británicos, francés y alemán diseñaron sus exámenes para el servicio civil tomando el antiguo sistema chino como patrón de referencia para tutelar sus procesos de evaluación (Aiken, 2003; Fernández-Ballesteros, 2017).

El interés sobre el estudio y la medida de las individualidades fue pródigamente ignorado durante la edad media. Si bien durante el periodo del Renacimiento e Ilustración renace el interés por el individualismo, es en el siglo XIX y la primera década del siglo XX que se genera un creciente y renovado interés por el estudio científico de las diferencias individuales en relación con las aptitudes, las funciones neuropsicológicas y la personalidad. Durante este periodo se perfila y se gesta el concepto de *evaluación psicológica* (Aiken, 2003). A principios del XIX aparecieron los denominados padres de la evaluación psicológica, que posibilitaron el desarrollo de pruebas de medida sensorio-motriz, los test de medida de la inteligencia y de los problemas mentales: Francis Galton (1822-1911), Alfred Binet (1857-1911) y McKeen Cattell (1860-1944). Galton, primo del naturalista Charles Darwin, fue un caballero inglés interesado en las bases hereditarias de la inteligencia y en la medición de las habilidades humanas. A él se debe el que pudiera llevarse a cabo una primera y rudimentaria evaluación psicológica. Se le considera el padre de la Psicología Diferencial, pues dedicó una particular atención a la herencia del talento, pero también elaboró una serie de pruebas sensorio-motrices y diseñó varias técnicas para investigar las diferencias individuales en cuanto a las aptitudes y el temperamento. En 1883 publicó su obra

más importante, *Inquires into Human Faculty and Its Development*, punto de partida de los denominados test mentales. Cattell fue un psicólogo norteamericano interesado en el estudio diferencial de los tiempos de reacción y discriminación sensorial que permitieran predecir las calificaciones académicas. En 1890 acuñó el término de *test mental*, cuyo objetivo era determinar el rango, exactitud y naturaleza de ciertas facultades psicológicas. Era un firme defensor del uso de procedimientos de medición objetivos en el estudio de las diferencias individuales y rechazó firmemente la introspección. El psicólogo francés Binet enfocó la psicología diferencial hacia la medición de las funciones intelectivas. Además, es el primer autor que plantea el concepto de *diagnóstico psicológico*, con la pretensión de diferenciar al niño con un desarrollo académico normal del que presenta un retardo intelectual. Con dichas ideas, en 1904 el ministro de educación pública de París le encargó —y a su socio Théodore Simon— la elaboración de un procedimiento de evaluación que permitiera identificar a los niños que eran capaces de sacar un provecho suficiente en las aulas escolares normales. Así, entre 1904 y 1911 nacen los primeros trabajos y test de medida de la inteligencia (Aiken, 2003; Fernández-Ballesteros, 2017).

Tabla 1. Diez fechas entre 1910 y 1970 con hitos históricos y relevantes en la evaluación psicológica

Fecha	Breve descripción de los acontecimientos acaecidos
1910	• Arthur Otis (Estados Unidos) elabora la primera prueba de inteligencia colectiva, basada en la Revisión Stanford de la escala de inteligencia Binet-Simon que realizó Terman. • Woodworth (Estados Unidos) construye el primer test colectivo de medida de ajuste personal, el <i>Personal Data Sheet</i>; y Yerkes los test de inteligencia <i>Army Alpha</i> y <i>Army Beta</i>, que se administran a los reclutas estadounidenses de la Primera Guerra Mundial. Puede considerarse un antecedente del modelo del rasgo.

Fecha	Breve descripción de los acontecimientos acaecidos
1921	Herman Rorschach (Alemania) publica <i>Psychodiagnostik</i>, en el que se presenta su técnica de evaluación de la personalidad mediante la interpretación de manchas de tinta. Se le considera el pionero del modelo psicodinámico.
1935	Vygotsky (URSS) formula el concepto de <i>zona de desarrollo próximo</i>, antecedente de la importancia de la evaluación de estrategias cognitivas frente a productos intelectuales.
1939	David Wechsler (Estados Unidos) publica la primera edición de <i>Medida de la inteligencia del adulto</i>.
1942	Hathaway y McKinley (Estados Unidos) presentan el primer inventario clínico de evaluación de entidades nosológicas psiquiátricas: el Inventario multifásico de personalidad de Minnesota.
1947	Halstead (Estados Unidos), con su <i>Brain and Intelligence</i>, y Luria (URSS), con su <i>Restauración de la función tras una lesión cerebral</i>, sientan las bases de la evaluación neuropsicológica.
1948	La Oficina de Servicios Estratégicos (OSS) de Estados Unidos publica <i>Assessment of Men</i>, donde se presenta una primera definición de la evaluación entendida como el arte científico de llegar a conclusiones suficientes con datos insuficientes.
1950	Monty B. Shapiro presenta el trabajo <i>Un enfoque experimental al diagnóstico mediante test psicológicos</i> en la Reunión Anual de la Sociedad Británica de Psicología, y con él sienta las bases para una evaluación experimental, siendo también un importante antecedente de la evaluación conductual.
1963	Arthur W. Staats (Estados Unidos) publica <i>Complex Human Behavior</i>, que permite sentar las bases para una evaluación conductual integradora en la que se fusionan los modelos conductual y psicométrico de la evaluación psicológica.
1970-2018	Progresivo uso creciente de los ordenadores para diseñar, administrar, calificar, analizar e interpretar las pruebas.

Fuente: adaptado y modificado de Aiken (2003) y Fernández-Ballesteros (2017).

Brevemente, cabe destacar otros pioneros en pruebas y evaluaciones psicológicas, como Charles Spearman y Pearson con la teoría psicométrica de los test; Edward Thorndike en pruebas de aprovechamiento; Lewis Terman en pruebas de inteligencia; Robert Woodworth y Herman Rorschach en pruebas de perso-

nalidad; y E. K. Strong hijo en mediciones de interés. El trabajo de Arthur Otis con pruebas de inteligencia administradas colectivamente condujo directamente a la elaboración de los Exámenes Alfa y Beta del ejército por parte de un comité de psicólogos durante la Primera Guerra Mundial. Cada uno de estos test, el Alfa para gente que sabía leer y el Beta para analfabetos, se aplicaba colectivamente para medir las habilidades mentales de miles de soldados estadounidenses durante y después de la guerra. Desde una perspectiva diferente, la obra de Freud *La interpretación de los sueños*, publicada en 1900, se considera que representa el primer hito en la formulación de un modelo psicodinámico de la evaluación y, más concretamente, del diagnóstico de lo inconsciente mediante técnicas de asociación. En esta misma línea, Jung, en 1910, presentó su test de asociación de palabras, mediante el cual proponía realizar el análisis de los conflictos inconscientes. A lo largo del siglo XX, y de forma progresiva, se va estableciendo el cuerpo de la Psicología Clínica con hitos históricamente remarcables (tabla 1) que provocan que la Asociación Americana de Psicología (APA) reconozca, en 1946, un programa de formación específico para psicólogos clínicos en Estados Unidos y que se desarrolle, en 1954, un código ético de actuación profesional del psicólogo, así como la aparición de la División 12 de la APA para la práctica de la Psicología Clínica o la División 9, dedicada a la evaluación.

La expansión y eclosión de la Psicología Clínica y, por ende, de la evaluación psicológica clínica ha sido generosa y progresiva, en sus diferentes ámbitos de especialización, desde la década de los sesenta y setenta del siglo XX hasta la actualidad (Aiken, 2003; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). Actualmente, la evaluación psicológica clínica y la valoración se enfrentan a retos importantes, como son la creación —o definición— y el uso de protocolos de evaluación más eficaces, protocolos

que permitan, mediante procesos consolidados, una selección y planificación más adecuada de tratamientos, progresar en la precisión y validez del juicio clínico y mejorar en la toma de decisiones (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Wood, Garb, Lilienfeld, Nezworski, 2002).

2. Delimitación terminológica y objetivos

La evaluación psicológica clínica es una subdisciplina de la Psicología Científica y de la Psicología Clínica. Ello implica que se nutre de los hallazgos de distintas áreas de la psicología: de la psicología diferencial, de la personalidad, del aprendizaje, de la psicopatología, de la psicofisiología, de la neuropsicología, de la psicología aplicada y de la psicología social. Sus técnicas de evaluación han sido posibles gracias a los avances metodológicos de la psicología experimental, de la psicometría y de la psicología matemática (Fernández-Ballesteros, 2017). Asimismo, el concepto de *evaluación psicológica clínica en adultos* viene delimitado por cuatro términos, y la etimología de estos posibilita entenderlo y definirlo. Etimológicamente, el término *evaluar* proviene del francés *évaluer*, que viene del francés antiguo *value* ('valor'), que a su vez es proveniente del latín *valeō*, *valēr* ('ser fuerte, tener valor') y este de la raíz indoeuropea *mal* ('ser fuerte'). El concepto de *evaluación* hace referencia al efecto o a la acción de evaluar para poder indicar, establecer o calcular cuantitativamente la importancia, valor o fortaleza de una determinada cosa o asunto. El vocablo *psicología* está compuesto por los afijos *psico-* y *-logía*. El afijo *psico-* proviene del griego *ψυχή* (*psykhē*), que significa 'alma, mente, espíritu o actividad mental'. El afijo *-logía* deriva del

vocablo griego *λόγος* (*logos*), que puede traducirse como ‘ciencia, estudio o tratado’. En consecuencia, el vocablo *psicología* significa la disciplina científica o profesión que trata del estudio, análisis y comprensión de la conducta y de los procesos mentales. La palabra *clínica* proviene del griego *κλινική* (*kliniké*), cuyo significado es ‘cama o lecho’. En consecuencia, tradicionalmente, dicho término hace referencia al proceso indagatorio médico que permite realizar un diagnóstico a un paciente al pie de la cama y a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos durante la exploración. Finalmente, la expresión *adulto* proviene del italiano antiguo *adulto*, y este del latín *adultus*, que significa que un organismo o individuo ha concluido el proceso de crianza, dejando atrás las etapas de la infancia y la adolescencia.

Consecuentemente, la evaluación psicológica clínica en adultos puede definirse como el proceso del ámbito clínico o sanitario que se ocupa, desde una aproximación de la psicología científica, de la exploración y análisis de las enfermedades o trastornos en salud mental de un paciente adulto —o de un grupo de personas que puedan considerarse pacientes adultos— mediante el uso de test o técnicas exploratorias estandarizadas que permitan realizar una descripción fiable y válida de la sintomatología y signos clínicos; esta con la finalidad última de la toma de decisiones para establecer un diagnóstico psicopatológico adecuado y así delimitar la intervención más idónea que permita resolver o mejorar su estado de salud mental o psicológico, un cambio de conducta, su ajuste y la adaptación al medio para mejorar su capacidad funcional y su satisfacción personal (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fernández-Ballesteros, 2017; Wood, Garb, Lilienfeld, Nezworski, 2002). Dicho proceso se establece al inicio del estudio o análisis de cada caso, y se deben seleccionar e incluir instrumentos de análisis sensibles al cambio terapéutico, puesto que al final del proceso

de intervención deberán poderse valorar los cambios acontecidos como resultado del tratamiento; que estos permitan reconocer y determinar la eficacia del mismo.

Los objetivos fundamentales de la evaluación psicológica clínica en adultos, de acuerdo con la definición establecida, pueden resumirse en cuatro: a) delimitar y establecer un adecuado diagnóstico psicopatológico del problema psicológico o de salud mental. Dicho objetivo precisa una adecuada descripción de las conductas-problema, de la sintomatología manifiesta y de los signos clínicos objetivados que expresa o manifiesta el paciente; b) clasificar los problemas psicológicos de acuerdo con los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales; c) evaluar las variables implicadas en el origen y mantenimiento del problema o trastorno mental para la formulación del caso (teoría del caso) que posibilita definir la mejor intervención; d) valorar los resultados de la intervención o tratamiento y sus efectos tanto a lo largo del tratamiento (monitorización terapéutica) como a medio y largo plazo (seguimiento clínico) (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). Para poder alcanzar dichos objetivos, el evaluador debe decidir una serie de actuaciones sistemáticas y dinámicas que le permitan recoger y obtener información relevante para el caso, sobre la cual va a tomar decisiones notables, lo que se ha denominado *proceso de evaluación* (Fernández-Ballesteros; Bruyn; Godoy y otros, 2003) (ver capítulo II). En definitiva, la evaluación es un continuo y sistemático proceso de toma de decisiones en el que el evaluador clínico debe formular y contrastar reiteradamente las hipótesis diagnósticas, inicialmente establecidas de acuerdo con criterios internacionales de clasificación de los trastornos en salud mental, a medida que integra la información que recaba (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Wood, Garb, Lilienfeld y otros, 2002).

3. Modelos en evaluación psicológica clínica

Durante la constitución histórica de la Psicología se han ido sucediendo cinco modelos teóricos o paradigmas psicológicos que han condicionado y contribuido al desarrollo histórico de la evaluación psicológica: el del atributo, el dinámico, el conductual, el cognitivo y el médico. El análisis de dichos modelos puede realizarse en función de siete fuentes de variación: la *formulación teórica* de partida (teoría psicológica del evaluador), la *clase de variables* objeto de la evaluación (personalidad, trastornos biológicos, factores ambientales, respuestas motoras, respuestas fisiológicas y estrategias de procesamiento cognitivo), el *método básico* para la toma de decisiones (correlacional o experimental), las técnicas o *procedimientos de evaluación* (técnicas de observación, técnicas objetivas, autoinformes, autorregistros, entrevistas, técnicas proyectivas o técnicas psicométricas), el *nivel de inferencia* (del nivel I, que implica el mínimo nivel de inferencia o mayor objetividad en la evaluación, al nivel IV, que implica el mayor nivel de inferencia o subjetividad), los *objetivos de evaluación* (diagnóstico, orientación, selección y modificación o cambio) y el *ámbito de aplicación*, que, en esta obra, corresponde al clínico y supone la consecución de establecer un adecuado diagnóstico y precisar el tipo de intervención (Fernández-Ballesteros, 2017).

En relación con los modelos teóricos, en primer término, desde ámbito de la Psicología Diferencial se origina el *modelo del atributo*. Este modelo teoriza que la conducta depende de variables personales (intrapsíquicas o genotípicas). Su objetivo de evaluación psicológica es el hallazgo de las puntuaciones diferenciales que un sujeto obtiene en una serie de atributos propios, con el objetivo de predecir su conducta en diversas situaciones clínicas, laborales o escolares. Su nivel de inferencia

puede situarse en el nivel III, es decir, las conductas de un sujeto son causa directa de un atributo. En segundo lugar, desde el Psicoanálisis y la Psicología Dinámica se desarrolla el *modelo dinámico*. Este modelo pretende el análisis de la vida mental inconsciente del sujeto en exploración, sobre la base de la cual se efectuará la explicación de su comportamiento con el más alto nivel de inferencia o subjetividad. En tercer lugar, desde el conductismo se ha desarrollado el *modelo conductual*, desde el cual se busca el análisis de las relaciones funcionales existentes entre las respuestas (motoras o cognitivas y psicofisiológicas) objeto de estudio y aquellas variables que las mantienen o controlan, incorporando, en sus versiones actuales, no solo condiciones ambientales, sino también personales. Las inferencias que el evaluador efectúa son de menor grado de abstracción y se mantienen en los niveles I y II. Los avances del paradigma cognitivo han influido tanto en la cognitivización del modelo conductual como en la formación de un claro *modelo cognitivo* de la evaluación psicológica, que defiende que la conducta es explicada a través de una serie de procesos y estructuras mentales internas. Su grado de inferencia oscila entre el nivel III y IV. Finalmente, la necesidad aplicada de la elaboración de instrumentos que ayuden en la orientación diagnóstica, es decir, a la necesidad de que mediante pruebas psicométricas o test se constate objetivamente la nosología psicopatológica y neuropsicológica, ha dado lugar a un *modelo médico* de la evaluación psicológica. Este último pretende clasificar al sujeto sobre la base de una serie de entidades nosológicas o etiquetas diagnósticas, defendiendo que tanto las variables ambientales como las biológicas permiten explicar la conducta de un paciente. Su nivel de inferencia se sitúa entre el grado II y III (Fernández-Ballesteros, 2017).

4. Principios éticos y deontológicos de la evaluación

En el progresivo desarrollo de la práctica evaluativa psicológica, se han ido desarrollando paulatinamente una serie de directrices según las garantías de calidad de los instrumentos de evaluación (estandarización, fiabilidad y validez) y velando por un correcto desarrollo profesional y un adecuado uso de los instrumentos de evaluación. Ello se debe a que cualquier saber científico o profesional es susceptible de ser utilizado adecuada o inadecuadamente, con consecuencias perjudiciales para los usuarios.

Tabla 2. Artículos del Código Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Cataluña que regulan el acto del proceso de evaluación psicológica clínica de adultos

Norma 1. De la competencia profesional	
Artículo 20	Si el usuario solicita información sobre su proceso o resultados de una valoración, el profesional de la psicología le debe proporcionar la información demandada o los resultados solicitados.
Norma 2. De las relaciones con otros profesionales	
Artículo 25	Si los objetivos de la práctica profesional del psicólogo confluyen con otros profesionales, es conveniente, y en algunos casos necesaria, la colaboración interdisciplinaria, sin perjuicio de las competencias y los conocimientos de cada uno de ellos y evitando la duplicidad innecesaria de las acciones.
Artículo 26	El profesional de la psicología puede negarse a aceptar hacer simultánea su intervención con la de otro profesional. No debe interferir en las intervenciones iniciadas por otros psicólogos.
Norma 4. De la intervención	
Artículo 33	En toda evaluación, los psicólogos han de abstenerse de hacer valoraciones sobre personas no exploradas directamente.

Artículo 34	En el proceso de evaluación, el psicólogo ha de utilizar técnicas con validez y fiabilidad establecidas que permitan ser aplicadas en la población objeto de la intervención. En el caso de que la validez o fiabilidad no haya sido contrastada científicamente, el psicólogo ha de describir las limitaciones de sus resultados.
Artículo 35	Los psicólogos han de basar las valoraciones contenidas en sus informes, referidos a cualquier ámbito de intervención, en información y técnicas adecuadas para fomentar sus conclusiones. Solamente pueden ofrecer valoraciones de las características psicológicas de un sujeto después de una adecuada exploración. Si la exploración directa es inviable, ha de reflejarse en los resultados las posibles limitaciones de su estudio.
Norma 5. De la obtención y uso de la información	
Artículo 38	La información que el profesional de la psicología reúne en el ejercicio de su profesión está sometida a confidencialidad, de la que solo está eximido por consentimiento expreso del usuario o por supuestos legales. Igualmente, en el caso de utilizarse para fines docentes o de investigación, es preciso asegurar que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de la que se trata.
Artículo 41	Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados donde consten el diagnóstico y los datos de la evaluación que sean requeridas por otras entidades de cara a la planificación, la obtención de recursos o para otros fines se entregarán sin el nombre ni los datos de identificación del sujeto, siempre y cuando no sean estrictamente necesarias.
Artículo 42	El psicólogo no debe utilizar en beneficio propio ni de terceros, ni en perjuicio del interesado, la información que adquiere en el ejercicio profesional.
Artículo 44	Los registros escritos o electrónicos de los datos psicológicos, de las entrevistas y de los resultados de pruebas serán conservados, bajo la responsabilidad del psicólogo, en unas condiciones que aseguren la confidencialidad.

Fuente: Colegio Oficial de Psicólogo (COP), 2015.

En esta línea de preocupación, en 1954 la Asociación Americana de Psicología (APA) elaboró su primer código sobre el uso de los test, estimulando que en Europa empezaran a estar presentes los principios éticos. En 1992 la American Educational Research Association (AERA) adoptó los estándares éticos elaborados conjuntamente con la APA, y estos fueron seguidos

en 1995 por el Código de Responsabilidades Profesionales en Medicina Educativa del National Council of Measurements in Education (NCME). En 1999 se editó el cuaderno de normas éticas *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA y NCME, 1999) con las primeras normas recomendadas para la elaboración y aplicación de pruebas psicométricas. Actualmente, los códigos éticos están presentes en la mayoría de las asociaciones profesionales, nacionales y europeas de psicólogos, siendo un requisito para pertenecer a la European Federation of Professional Psychologists Association (EFPPA). El código ético de la EFPPA se articula en cuatro principios básicos: derechos y dignidad de la persona, competencia, responsabilidad e integridad (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fernández-Ballesteros, Calero, 2017). En nuestro ámbito nacional, una adecuada evaluación está regulada por el *Código Deontológico* del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP, 2010) y el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (COPC, 2015) (tabla 2), regida por el principio de beneficencia, respeto, honestidad, sinceridad, responsabilidad, independencia y lealtad profesional (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

El Código de conducta y principios éticos de los psicólogos de la APA (1992), así como el estatal y el autonómico (COP, 2010; COPC, 2015), entienden por uso competente de los instrumentos no solo cuestiones referentes a su construcción y aplicación, sino a la integridad y seguridad de estos, la necesidad de devolución de los resultados, el uso de instrumentos con poblaciones especiales y criterios específicos respecto a la tabulación e interpretación de pruebas computarizadas. Con respecto a la evaluación y el diagnóstico se contemplan las áreas de contenido ético de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, la no invasión de la intimidad, la competencia y rigor

científico, y la protección de datos personales y documentación (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Bibliografía

- Aiken, L. R.** (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Prentice Hall.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez-Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (coords.) (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Colegio Oficial de Psicología de Cataluña** (2015). *Código deontológico* [documento en línea]. Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_5328/v/Codi%20Deontol%C3%B2gic%20en%20castell%C3%A0.pdf?tm=1524062934>
- Consejo General de la Psicología de España** (2010). *Código Deontológico* [documento en línea]. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf>>
- Fernández-Ballesteros, R.** (2017). *Evaluación psicológica* (7.^a ed.). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Bruyn, E. de; Godoy, A. y otros** (2003). «Guías para el proceso de evaluación: una propuesta a discusión». *Papeles del Psicólogo* (vol. 84, pág. 58-70).
- Wood, J. M.; Garb, H. N.; Lilienfeld, S. O. y otros** (2002). «Clinical assessment». *Annual Review of Psychology* (vol. 53, págs. 519-543).

Capítulo II

El proceso de evaluación en Psicología Clínica-Sanitaria y el Informe clínico

Joan Deus Yela, Josep Deví Bastida

El primer paso que todo psicólogo clínico o sanitario debe hacer cuando acoge a un paciente es llevar a cabo un adecuado, sistemático y dirigido proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria, con el fin de poder establecer un diagnóstico psicopatológico y decidir la mejor intervención terapéutica. Dicha acción, que puede considerarse como la primera intervención del psicólogo, se entiende como un proceso organizado, interactivo y dinámico de recogida de información y toma de decisiones, que culmina con un informe oral o escrito, dirigido por un psicólogo acreditado o especializado mediante el uso de diferentes procedimientos, test o instrumentos psicométricos creados para dicha finalidad. Precisamente, dicho propósito va a condicionar o determinar los procedimientos de evaluación psicológica utilizados y el posterior informe. Probablemente no hay un único enfoque de evaluación psicológica que funciona para todos los profesionales o pacientes, siendo diversas las formas de proceder de acuerdo con el modelo teórico del evaluador, pero sí existe un mismo propósito, que debe ser la recogida y análisis de la información, clínica o psicométricamente obtenida. Para poder recabar dicha información, el psicólogo clínico-sanitario debe saber escuchar activamente y establecer una relación empática para que el paciente proporcione los datos cualitativos y cuantitativos necesarios para la consecución de los objetivos del proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Roig-López, Forn-Santacana, 2016).

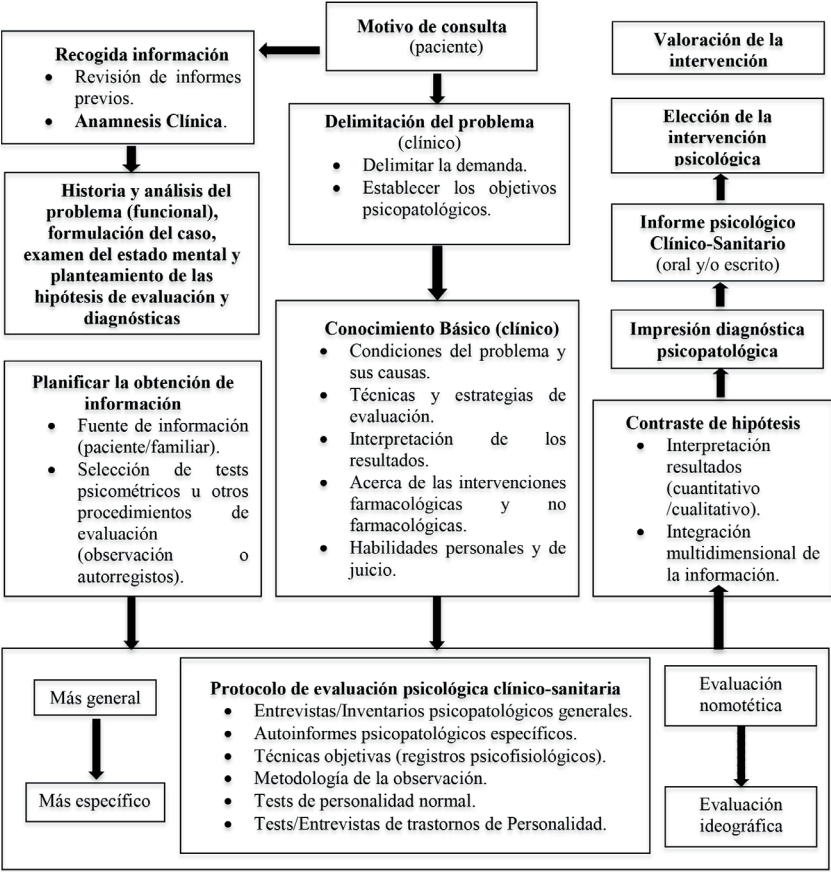
1. Concepto y fases del proceso de evaluación psicológica clínica

Entre todas las acciones que realiza el psicólogo clínico-sanitario, la evaluación psicológica clínico-sanitaria representa el primer contacto con el paciente, y debe ser la primera gran fase de interacción psicólogo-paciente y de intervención en el caso. La evaluación psicológica clínico-sanitaria es un proceso dinámico constituido por varias fases. Trata de contrastar las hipótesis diagnósticas y descriptivas —inicialmente establecidas según los criterios de los manuales diagnósticos de los trastornos mentales— sobre los ámbitos psicológicos en que predomina el malestar del paciente (sociales, familiares, laborales, académicos, emocionales, ritmos circadianos, sexuales, comportamentales, funcionales y neurocognitivos, entre otros) y determinar con qué intensidad e interferencia funcional se manifiesta la sintomatología. Es fundamental no confundir ni reducir la evaluación psicológica clínica-sanitaria a la mera administración de instrumentos o test, ya que esta comprende unas fases secuenciadas y sucesivas de toma de decisiones para un problema psicológico o trastorno mental en estudio (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Compas, Gotlib, 2003; Fernández-Ballesteros, 2017).

La Sociedad Europea de Evaluación Psicológica ha propuesto en su *Guía del proceso de evaluación* (GAP) (Fernández-Ballesteros y otros, 2003) cuatro grandes etapas para su organización: 1) análisis del caso; 2) organización de la recogida de los datos de evaluación y comunicación de los resultados al paciente o familiar; 3) planificación o propuesta de la intervención; y 4) seguimiento y valoración de la intervención. Cada una de estas fases, que acaban configurando la historia clínica del paciente, contiene diversas tareas y acciones que proveen al psicólogo clínico-sanitario la información necesaria,

cuantitativa y cualitativa, para la consecución de los objetivos propuestos en el proceso de evaluación (figura 1) (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fernández-Ballesteros, 2017; Wood, Garb, Lilienfeld, Nezworski, 2002).

Figura 1. Diagrama del proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria



Fuente: elaboración propia.

A continuación, se describen brevemente las cuatro grandes etapas y las tareas que las conforman, considerando la necesi-

dad de un conocimiento básico que siempre debe poseer todo psicólogo clínico-sanitario (Compas, Gotlin, 2003; Fernández-Ballesteros, 2017; Roig-López, Forns-Santacana, 2016):

1) Análisis y formulación del caso. El objetivo principal es recopilar el mayor número de datos clínicos previos a la evaluación psicológica planteada, y esto se realiza mediante dos tareas fundamentales. La primera es la revisión de posibles informes clínico-sanitarios y tratamientos (psicofarmacológicos o psicológicos) previos o actuales que aporte el paciente. La segunda consiste en la elaboración de una adecuada anamnesis clínica (ver apartado 2.2). Toda esta información permite al evaluador conocer de antemano las variables clínicas relevantes para el caso, que ayudarán a definir el motivo de consulta del paciente, delimitar el problema real clínico-sanitario por parte del evaluador, establecer las hipótesis diagnósticas psicopatológicas y funcionales o explicativas, y definir o planificar el proceso de evaluación psicológica que debe llevarse a cabo. El conocimiento y descripción de dichos aspectos va a permitir adaptar los procedimientos de evaluación psicológica clínico-sanitaria a la situación clínica del paciente, así como una adecuada integración e interpretación o diagnóstico de los resultados obtenidos tras el proceso de evaluación psicológica.

2) Recogida e interpretación de los datos de evaluación y comunicación de los resultados. El psicólogo clínico-sanitario debe configurar, de acuerdo con una aproximación flexible y factible al caso en estudio, un protocolo de exploración que le permita confirmar o refutar (contrastación) las hipótesis de evaluación (descriptivas, causales y correlacionales) o de diagnóstico psicopatológico. Dicho protocolo debe considerar la evaluación de aspectos conductuales, fisiológicos, emocionales, cognitivos o

pensamientos, neuropsicológicos (en formato cribado), sociales, familiares y funcionales. Los instrumentos o procedimientos utilizados deben ajustarse a una evaluación flexible, individualizada y minuciosa, de general a específica, debiéndose adecuarse a la idiosincrasia del paciente. Se escogerán aquellas pruebas psicopatológicas que permitan explicar y describir las alteraciones que presente el paciente y aquellas que se muestren sensibles ante los cambios que se puedan producir a lo largo de la evolución clínica y del proceso de intervención. No hay que olvidar que son numerosos los instrumentos o procedimientos de evaluación que puede utilizar el psicólogo clínico-sanitario, y se pueden agrupar en técnicas de observación, técnicas objetivas (registros psicofisiológicos), entrevistas, autoinformes (cuestionarios, inventarios o escalas), técnicas proyectivas y técnicas psicométricas (cuestionarios estandarizados). Algunos autores han propuesto algunos criterios para la selección de los instrumentos que configuran el protocolo de evaluación. Entre otros, pueden considerarse los siguientes: a) elegir los procedimientos dependiendo del objetivo de la evaluación; b) elegir test fiables y válidos; c) elegir test específicos cuando el objetivo es conocer la naturaleza del déficit y test sensibles cuando el objetivo es detectar el problema y el cambio tras la intervención; d) considerar tanto el tiempo de administración como el coste del instrumento; y, finalmente, e) si se utilizan test no estandarizados, estudiar con detalle la interpretación de los autores, las normas estadísticas y su fiabilidad para constatar si su uso es razonablemente aceptable. Una vez seleccionadas las pruebas se debe decidir cuál es la fuente de información (paciente o familiares) y organizar el orden de administración de los instrumentos, considerando la fatiga del paciente y la complejidad de los test (combinar pruebas fáciles y difíciles). Una vez obtenida toda la información en la evaluación programada deben interpretarse

los resultados, cuantitativa (nomotéticamente) y cualitativamente, integrándolos con la clínica referida por las fuentes de información registradas. Ello debería permitir al evaluador establecer una impresión u orientación diagnóstica psicopatológica multiaxial o multidimensional (principales síndromes clínicos, trastornos de personalidad, enfermedades médicas, problemas psicosociales-familiares e intensidad o severidad del diagnóstico establecido). Finalmente, la comunicación o transmisión de los resultados es la fase final de la evaluación psicológica clínico-sanitaria efectuada. Dicha comunicación puede realizarse de dos maneras: un informe oral —obligado— y un informe escrito —recomendable y técnico— (ver apartado 2.4), ambos que permitan comunicar y explicar al paciente los resultados obtenidos en la evaluación, así como la propuesta de intervención terapéutica.

3) Planificación o propuesta de la intervención. Todo proceso de evaluación psicológica debe tener como pretensión poder establecer una orientación o impresión diagnóstica transversal y de presunción, según los criterios de los manuales diagnósticos de los trastornos mentales, y proponer la intervención más idónea, psicológica o psicofarmacológica, de acuerdo con el diagnóstico psicopatológico establecido o con el problema psicológico definido. Dicha intervención debe ser una propuesta, nunca una imposición, consensuada con el paciente o sus familiares, resolviendo a estos cualquier duda surgida ante la misma.

4) Seguimiento y valoración de la intervención. Todo proceso de evaluación psicológica debe culminar con un seguimiento y una valoración de la intervención propuesta que permitan objetivar los cambios clínicos y funcionales conseguidos. Ello se formaliza mediante la administración de aquellos procedimientos o test utilizados en la fase de evaluación que sean sensibles al cambio terapéutico.

2. Anamnesis clínica

La palabra *anamnesis* proviene, etimológicamente, del vocablo griego ἀνάμνησις (anámñēsis, ‘recuerdo’). Es un término aplicado en ciencias de la salud al que se le añade el vocablo clínico. La anamnesis clínica (AC) debe ser el primer instrumento o procedimiento aplicado del proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria en el estudio de caso único. Su objetivo principal es obtener la máxima información útil y necesaria para poder establecer las hipótesis evaluativas y psicopatológicas que permitan planificar un protocolo dinámico y flexible de evaluación psicológica con el que contrastar las hipótesis diagnósticas formuladas de la enfermedad actual (figura 1). En la actualidad, la AC queda definida como aquella parte del proceso de evaluación e historia clínica que reúne el motivo de consulta del paciente, todos los datos premórbidos o los antecedentes médicos y psicopatológicos personales y familiares, la historia y, finalmente, los datos clínicos relevantes de la enfermedad en estudio (tabla 3). Los datos de una AC se obtienen básicamente de una entrevista clínica, mediante preguntas específicas formuladas al paciente o a otras personas relacionadas (heteroanamnesis). Para poder realizarla de forma eficaz, se requiere una formación adecuada y un entrenamiento clínico que garantice que los resultados obtenidos son los más adecuados y útiles (Compas, Gotlib, 2003; Roig-López, Forns-Santacana, 2016; Wood, Garb, Lilienfeld, Nezworski, 2002).

Gran parte de la competencia técnica y pericia del psicólogo clínico-sanitario para la consecución del objetivo de la AC se fundamenta en que este posea unas habilidades que le permitan manejar la interacción paciente-psicólogo/familiar-psicólogo de manera eficaz. De forma genérica, las habilidades a considerar son: pericia, liderazgo, empatía y capacidad de recepción, escu-

cha activa, relacionadas con el flujo comunicativo (clarificación y síntesis), para preguntar (agrupar y secuenciar preguntas) e intervención verbal (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013). Probablemente, una de las habilidades descritas más importantes es la empatía (del vocablo griego antiguo *εμπαθεια*, formado por *εν*, ‘en el interior de’, y *πάθος*, ‘sufrimiento, lo que se sufre’), o también llamada inteligencia interpersonal. Se define como la capacidad de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir o la habilidad de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. Es fundamental que el psicólogo sepa establecer una buena relación con el paciente para favorecer la obtención de información relevante para el caso (Compas, Gotlib, 2003; Fernández-Ballesteros, 2017; Wood, Garb, Lilienfeld, Nezworski, 2002).

Tabla 3. Información que debe obtenerse durante una anamnesis clínica, de 60 a 75 minutos de duración aproximadamente

Ámbitos	Aspectos a registrar
Datos personales	• Nombre y apellidos. • Fecha de nacimiento y edad. • Nivel de escolaridad. • Dirección del domicilio actual. • Teléfono de contacto personal y del familiar de referencia. • Ocupaciones laborales anteriores. • Ocupación y situación laboral actual (activo o baja laboral). • Grado de satisfacción obtenido en la actividad laboral. • Actividades lúdicas realizadas en la actualidad. • Acude a la consulta de forma voluntaria, semivoluntaria o forzada. • Qué profesional remite el caso.
Psicobiografía	• Lugar de nacimiento (natural de). • Situación social (soltero, casado, divorciado, viudo). • Número de hijos. • Personas con las que convive actualmente (organigrama familiar).

Ámbitos	Aspectos a registrar
Datos o historia de la enfermedad actual	• Descripción, curso y evolución de la enfermedad actual. • Análisis funcional del caso. • Síntomas nucleares, asociados y signos clínicos actuales (exploración del estado mental o psicopatológico). • Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos actuales. • Valorar la adherencia potencial terapéutica.
Antecedentes personales	• Evolutivos (en casos de discapacidad intelectual o menores). • Académicos (edad de inicio, rendimiento, adaptación y socialización). • Médicos (quirúrgicos y no quirúrgicos). • Psicopatológicos del Eje I (principales síndromes clínicos) y Eje II (trastornos de la personalidad), y cronicidad. Tratamientos pautados.
Antecedentes familiares	• Médicos (especial énfasis en los antecedentes de procesos neurodegenerativos tipo demencia y en la edad de aparición). • Psicopatológicos del Eje I y Eje II (especial énfasis en los trastornos del Eje I).
Aspectos funcionales	• Actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. • Necesidad de un cuidador o supervisor. • Interferencia funcional de la enfermedad actual.
Aspectos familiares	• Relaciones psicosociales con los familiares de primer grado. • Percepción de la familia ante la situación psicopatológica del paciente. • Mecanismos de reorganización familiar. • Carga familiar y estrés. • Objetivos prioritarios de la intervención.
Aspectos sociales	• Interacción social (calidad e intensidad de las relaciones). • Deseabilidad social. • Relaciones sentimentales y problemas en la actividad sexual.

Fuente: elaboración propia.

La consecución de una adecuada AC implica, básicamente, cinco fases que a continuación se describen muy brevemente (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013). La primera es la fase de *planificación*, previa a la entrevista propiamente dicha, en la que el psicólogo debe poder prepararse el caso con la información que previamente pueda haber recogido y prever el potencial

problema del paciente. Debería planificar la mejor manera de registro y las fuentes de información. La segunda se denomina *fase inicial* y se considera la primera etapa de la entrevista clínica de toma de contacto con el entrevistado. Se expone la demanda del problema. Incluye el saludo y la presentación del entrevistador, cumplimentar los aspectos administrativos (firma del consentimiento informado), remarcar la confidencialidad de los datos, recogida de datos personales y psicobiográficos, describir el motivo de consulta del paciente, registro de los antecedentes médicos y psicológicos del paciente y familiares, exponer los objetivos de la entrevista y referir el proceso a seguir. La tercera fase es la denominada *intermedia* o *de desarrollo*, cuyo objetivo es explorar y analizar las posibles hipótesis del problema planteado, delimitando el síntoma principal o nuclear y síntomas asociados expresados por el paciente, así como los signos clínicos (conducta verbal y no verbal del paciente) objetivados por el psicólogo. En esta fase conviene incluir preguntas más generales a cuestiones más concretas y cerradas para matizar y concretar la información obtenida y desarrollar la historia de la enfermedad actual. El examen clínico psicopatológico (ver apartado 2.3) debe realizarse en dicha fase, con preguntas claves que permitan indagar e identificar los síntomas críticos de acuerdo con los criterios diagnósticos de los trastornos mentales y establecer las hipótesis diagnósticas. La cuarta fase es la de *despedida y cierre*, considerada la última etapa de la entrevista clínica, que debe concluir con un resumen de los aspectos más relevantes obtenidos, una primera explicación general y provisional del problema en estudio y definir el futuro plan de trabajo. La quinta fase es la de *análisis de la información*, en la que el psicólogo, una vez finalizada la entrevista, debe analizar los datos obtenidos que permitan planificar lo más idóneamente posible el protocolo de evaluación.

3. Exploración del estado mental o examen clínico psicopatológico

Una labor importante de la evaluación psicopatológica e historia psicológica clínico-sanitaria es el examen del estado mental (tabla 4). Dicha exploración comporta un análisis transversal de la sintomatología psicopatológica, manifiesta en el periodo de consulta de la enfermedad actual, que revela subjetivamente el paciente. Dicho examen debe detectar, describir e integrar todos los datos del estado mental que sean clínicamente significativos, como la capacidad funcional y el grado de interferencia de la sintomatología en la vida habitual del paciente (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Tabla 4. Breve descripción de las áreas de la exploración del estado mental

Ámbitos	Aspectos a explorar
Apariencia y comportamiento	• Vestimenta, postura y aseo. • Conducta (apropiada, contacto ocular, extravagante, grosera). • Actitud y reacción ante el entrevistador y disposición a la entrevista.
Conciencia, alerta, orientación e <i>insight</i>	• Nivel de alerta y vigilia (obnubilación, somnolencia, sopor, coma). • Alteraciones cualitativas de la conciencia (delirium, confusión, estupor). • Alteraciones de la orientación (autopsíquica y alopsíquica). • Presencia o ausencia de conciencia de enfermedad (<i>insight</i>).
Conducta motora	• Nivel de actividad y actividad motora (hiperactividad o excesiva, acinesia, parálisis, enlentecida o bradicinesia, inapropiada). • Movimientos inducidos (negativismo, perseveración). • Movimientos involuntarios (temblor, tics, estereotipias). • Movimientos voluntarios e intencionales (impulsos, manierismos, compulsiones, comprobaciones, evitación). • Movimientos expresivos (inexpresividad, muecas, ecomimia).

Ámbitos	Aspectos a explorar
Lenguaje y habla	- Alteraciones del lenguaje (retardo, fluidez, comprensión, disnomia, prosodia, ritmo, locuacidad). - Trastornos del lenguaje (afasias) o del habla (anatria o disartria).
Funciones neurocognitivas	- Alteraciones de la atención (exceso/falta de concentración, distractibilidad, hipervigilancia). - Alteraciones de la memoria declarativa (déficit de memoria inmediata, corto y largo plazo, amnesia anterógrada, retrógrada). - Alteraciones cualitativas de la memoria (fabulación, confabulación). - Capacidad de juicio, abstracción o pensamiento lógico.
Pensamiento	- Alteraciones formales del pensamiento (fuga de ideas, pérdida de asociaciones, incoherencia, tangencialidad, circunstancialidad). - Contenido (delirios, obsesiones, fobias) y flujo del pensamiento (aceleración o taquipsiquia, bradipsiquia o enlentecimiento, bloqueo). - Trastornos de la vivencia (difusión, inserción, robo, lectura).
Percepción	- Ilusiones (interpretación errónea de un estímulo externo). - Alucinaciones (auditivas, visuales, somáticas, olfativas, gustativas). - Despersonalización o desrealización. - Supuesto reconocimiento (<i>déjà vu, jamais vu</i>).
Estado emocional	- Estado de ánimo (euforia, eutimia, disforia, irascibilidad). - Afecto (labilidad, incontinencia, indiferencia, incongruencia, frialdad, apatía, anhedonia, alexitimia, rigidez, ambivalencia). - Ansiedad (fisiológica, cognitiva y motora —evitación—).
Funciones fisiológicas	- Alteraciones del sueño (insomnio, hypersomnia, parasomnia). - Alteraciones del apetito (anorexia, bulimia, hiperfagia). - Alteraciones de la conducta sexual (inhibición, incremento). - Dolor y estado general (pérdida de energía, molestias, fatiga, quejas).
Rasgos de personalidad	- Clúster A: excéntrico, introvertido, restricción social, desconfianza. - Clúster B: dramático, emocional, extrovertido, imprevisible. - Clúster C: ansioso, inhibición, sensibilidad emocional, miedo.
Reacciones del evaluador	- Dificultades para explorar/inconsistencias entre lo observado y lo verbalizado. - Cómodo, frustrado, enfadado, con miedo, satisfecho.

Fuente: elaboración propia.

La exploración del estado mental se lleva a cabo en el contexto de la entrevista clínica y como parte de la AC, mediante la observación del psicólogo, las preguntas del profesional al paciente o familiar y las tareas concretas para evaluar mínimamente el estado neuropsicológico del paciente. Dicho examen se centra en la evaluación y descripción de los síntomas subjetivos y signos clínicos que exhibe el paciente en todas las áreas de funcionamiento psíquico, con la finalidad de poder determinar y explicar el trastorno actual. La exploración debe realizarse de forma reglada y ordenada para poder obtener datos útiles, y complementarse con otros instrumentos de evaluación psicológica (figura 1). En el desarrollo de dicho examen, el psicólogo no debe limitarse a una observación pasiva de la clínica explicitada por el paciente, debe adecuarse al estado psicológico del paciente y mostrar una sintonización afectiva con este. El objetivo final de dicho examen es ser capaz de emitir una hipótesis diagnóstica, establecer una serie de diagnósticos diferenciales, ayudar a planificar el protocolo de exploración psicológica complementaria y establecer una aproximación terapéutica potencial (Pérez-Retuerto; Vázquez-Bourgon; Gaite; Alquézar, 2007).

4. El informe psicológico clínico-sanitario

Una de las últimas fases del proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria, normalmente la última, es la comunicación oral o escrita de los resultados (figura 1), tarea primordial a la que todo psicólogo está inevitablemente obligado (Compas; Gotlib, 2003). Esta labor implica, básicamente, la explicación de los resultados del protocolo de evaluación psi-

cológica adecuadamente integrados, la orientación diagnóstica y la propuesta de intervención terapéutica que dé respuesta a los objetivos planteados inicialmente por el paciente o remitente del caso, así como por el psicólogo clínico-sanitario (Fernández-Ballesteros, 2017).

Tabla 5. Propuesta de estructura básica de un informe psicológico clínico-sanitario

Encabezamiento del informe
• Datos identificativos del evaluador, unidad o servicio al que pertenece y fecha de evaluación. • Datos identificativos del paciente. • Datos identificativos de quien remite al paciente y unidad o servicio al que pertenece. • Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en curso. • Resultados de otras pruebas médicas complementarias efectuadas al paciente. • Psicobiografía del paciente y organigrama familiar. • Datos identificativos de a quién se informa.
Desarrollo del contenido del informe
• Motivo de consulta. • Historia de la enfermedad actual (cronológicamente desarrollada y bien descrita). • Antecedentes personales del paciente (académicos, laborales, médicos y psicopatológicos). • Antecedentes familiares (médicos y psicopatológicos). • Resultados y análisis descriptivo de la exploración psicopatológica: referir el comportamiento durante la evaluación. Especificar los procedimientos e instrumentos utilizados, describiendo los resultados cuantitativa y cualitativamente, de los más generales a los más específicos. Primero se describen los correspondientes al Eje I y luego al Eje II. • Impresión u orientación diagnóstica multiaxial según criterios manuales diagnósticos (puede iniciarse con una conclusión o integración global de los resultados). • Orientación terapéutica. • Curso evolutivo (en caso de haberse realizado la valoración y seguimiento del caso). • Fecha del informe y firma del colegiado, especificando grado universitario y especialización.

Fuente: elaboración propia.

La comunicación oral de los resultados siempre debe realizarse, y se lleva a cabo en el contexto de una entrevista de devolución de resultados. Se recomienda utilizar una estructura ordenada y un lenguaje asequible, claro y comprensible para el paciente y sus familiares, manteniendo los aspectos técnicos y formales de la disciplina. Se exponen los objetivos de la evaluación, la delimitación del problema, el procedimiento utilizado en el protocolo de evaluación, los resultados obtenidos para cada instrumento utilizado, integrando todos los datos y la orientación terapéutica. En esta fase es crucial invitar al interlocutor a realizar preguntas y aclaraciones, así como a que entienda la impresión diagnóstica establecida y la propuesta de intervención, buscando alternativas de tratamiento ante las posibles reticencias a la adherencia terapéutica por parte del paciente (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

El informe escrito —comunicación de resultados mediante papel— sigue una estructura básica (tabla 5). Su elaboración está sujeta al remitente del caso y a la solicitud del propio paciente o familiares, y debe tener unas cualidades de utilidad y rigurosidad. Se considera un documento científico realizado por un experto, es una herramienta técnica que sirve como vehículo legal de comunicación de resultados y una herramienta útil en la que se presentan orientaciones diagnósticas y terapéuticas concretas. Debe integrar los resultados obtenidos en la AC y el protocolo de evaluación para llegar a unas conclusiones, que deben estar apoyadas por datos cuantitativos (puntuaciones estandarizadas) y cualitativos obtenidos en el proceso de evaluación. Además, tiene que utilizar, en la medida de lo posible, ilustraciones directas de resultados y facilitar la toma de decisiones. El informe escrito debe estar sujeto a unos criterios técnicos y formales que incluyen cualidades de estilo (redactado y lenguaje), de

formato (estructura del informe) y de contenido. Este último debe buscar un equilibrio entre el uso de terminología científica, puesto que esta ni debe ni puede omitirse, y ser comprensible para el destinatario (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fernández-Ballesteros, 2017). El informe escrito también debe estar sometido a criterios deontológicos, destacando las máximas de neutralidad, objetividad y calidad metodológica en cuanto al procedimiento, los instrumentos utilizados y el respeto a las diferencias individuales, evitando etiquetas estereotipadas (Consejo General de la Psicología de España, 2010; Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, 2015).

Bibliografía

- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez-Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (coords.) (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Compas, B. E.; Gotlib, I. H.** (2003). *Introducción a la Psicología. Ciencia y práctica*. Madrid: McGraw Hill.
- Colegio Oficial de Psicología de Cataluña** (2015). *Código deontológico* [documento en línea]. Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_5328/v/Codi%20Deontol%C3%B2gic%20en%20castell%C3%A0.pdf?tm=1524062934>
- Consejo General de la Psicología de España** (2010). *Código deontológico* [documento en línea]. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf>>
- Fernández-Ballesteros, R.** (2017). *Evaluación psicológica* (7.^a ed.). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Bruyn, E. de; Godoy, A. y otros** (2003). «Guías para el proceso de evaluación: una propuesta a discusión». *Papeles del Psicólogo* (vol. 84, pág. 58-70).
- Pérez-Retuerto, M.; Vázquez-Bourgon, J.; Gaite, L. y otros** (2007). «La exploración del estado mental». En: J. L. Vázquez-Barquero (coord.). *Psiquiatría en atención primaria* (págs. 83-106). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Roig-López, F.; Forns-Santacana, M.** (2016). «Avaluació psicològica entesa com a procés». En: M. Forns-Santacana; J. Abad-Gil; J. A. Amador-Campos; T. Kirchner-Nebot; F. Roig-López (coords.): *Avaluació psicològica* (págs. 53-96). Barcelona: Editorial UOC.

Wood, J. M.; Garb, H. N.; Lilienfeld, S. O. y otros (2002). «Clinical assessment». *Annual Review of Psychology* (vol. 53, págs. 519-543).

Capítulo III

La entrevista clínica

Abigail Mora, Belén Hermoso, Joan Deus Yela

La entrevista clínica es una de las primeras interacciones profesionales que se establecen con el paciente, y se constituye como el instrumento más extendido y empleado a lo largo de la historia de la psicología clínico-sanitaria para poder complementar la historia clínica del paciente y delimitar la sintomatología del mismo. García Marcos (1983) refiere que la entrevista debe considerarse no solo como el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención o de toma de decisiones, sino como el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención (Fernández-Ballesteros, 2017). Moreno Rosset (2004) la describe como una técnica que se desarrolla a través de una conversación con un propósito, ya que se centra en la demanda del sujeto o en la explicación de su problema. La información que se obtiene del paciente es, por una parte, amplia y general; y, por la otra, específica y concreta, lo que la convierte en la técnica o procedimiento de evaluación más flexible y versátil de recogida de información, objetivo básico y fundamental en cualquier proceso de evaluación. No obstante, y a pesar de su relevancia, la entrevista ha merecido poca atención en la investigación empírica. Poco se sabe acerca de su fiabilidad y su validez (tabla 6) (Fernández-Ballesteros, 2017; Roig-López, Forns-Santacana, 2016).

1. Aspectos conceptuales de la entrevista, ventajas y limitaciones

Pope (1979) describe la entrevista como un encuentro hablado que se basa en una diferenciación de roles y en el que se lleva a cabo una interacción verbal y no verbal, y donde la conducción y los objetivos son responsabilidad del entrevistador. Estos roles marcan una relación asimétrica, puesto que uno es el experto o profesional (entrevistador) y el otro es el que necesita de su ayuda (entrevistado) (Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004; Roig-López, Forns-Santacana, 2016).

Además, la entrevista clínica, cuyo objetivo es el posible diagnóstico clínico-sanitario (tabla 7), cumple tres funciones complementarias que la convierten en una de las técnicas más polivalentes de la evaluación, no exenta de ventajas e inconvenientes (tabla 6): a) la función motivadora, al establecer una relación que estimula y posibilita el cambio; b) la función clarificadora en la medida en que el paciente se clarifica en su demanda al exponer sus problemas; y c) la función terapéutica, puesto que a lo largo de la entrevista se modifica la cognición del problema e indirectamente la conducta que se pretende cambiar (Buela-Casal, Caballo, Sierra, 1996; Fernández-Ballesteros, 2017; Roig-López, Forns-Santacana, 2016). Diversos autores señalan, también, que para que una entrevista clínica tenga éxito en la recopilación de la información se precisan tres factores: 1) la accesibilidad a los datos del paciente de forma correcta, completa y objetiva; 2) el conocimiento y la comprensión por parte del entrevistado de su papel o rol y de los modos de transmisión de información que se le demandan; y 3) una motivación suficiente del entrevistado para asumir y cumplir con lo requerido por el evaluador (Buela-Casal, Caballo, Sierra, 1996; Morgan, Cogger, 1997).

Tabla 6. Ventajas e inconvenientes de la entrevista clínica

VENTAJAS	INCONVENIENTES
• Relación interpersonal. La entrevista ofrece la posibilidad de que el paciente sea recibido y escuchado por un profesional, con el valor empático y emocional que esto conlleva. • Flexibilidad. El evaluador debe adaptarse sobre la marcha a las peculiaridades del entrevistado según las necesidades de cada caso. La posibilidad de retroalimentación inmediata permite un gran ahorro de tiempo. • Posibilidad de observación. El evaluador tiene la gran oportunidad de observar el comportamiento del entrevistado gracias a la relación interpersonal que se establece. Debe registrarse la relación entre el comportamiento verbal y no verbal. • Posibilidad de registrar grandes cantidades de información de tipo variado. • Posibilidad de evaluar a personas que no podrían examinarse con otros instrumentos, como sujetos con trastornos mentales, escasa escolarización u otras variables.	• Coste elevado. La gran inversión en tiempo y esfuerzo tanto del evaluador (incluida su preparación) como del entrevistado. • La interferencia de sesgos de variada procedencia (del entrevistado, del entrevistador, de la situación) que pueden influir en la calidad de la información recogida. • Baja fiabilidad y validez.

Fuente: elaboración propia.

En consecuencia, no hay que olvidar que el objetivo esencial de la entrevista clínica o diagnóstica, en todo proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria, es obtener información del entrevistado, tanto en el plano verbal como en el no verbal de la conducta (Morgan, Cogger, 1997; Roig-López, Forns-Santacana, 2016). Remarcar que el lenguaje no verbal puede manifestarse a tres niveles diferenciados: a) a nivel motor: contacto ocular, mímica, pantomímica, movimientos especulares...; b) a nivel paralingüístico: respiración, tono de

voz, modulación, velocidad del habla...; y c) a nivel de relaciones espaciales entre interlocutores (localización o proximidad) (Knapp, 1978). Sin embargo, otros autores definen el comportamiento no verbal únicamente a nivel motor, separando los niveles paralingüístico y espacial del comportamiento no verbal, y proponiendo cuatro niveles de respuesta posibles en la evaluación: 1) nivel verbal: el contenido del mensaje del paciente; 2) nivel no verbal: contacto ocular, gestos y expresiones faciales, y movimientos corporales; 3) nivel paralingüístico: tono de voz, rapidez del habla, respiración, melodía y ritmo; y 4) nivel de relaciones espaciales: distancia o proximidad (Buela-Casal, Caballo, Sierra, 1996; Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004). En función del tipo de entrevista y del enfoque teórico del evaluador, se hará más o menos énfasis en los distintos niveles de respuesta obtenidos durante la entrevista.

En todo caso todo psicólogo clínico-sanitario debe tener en cuenta que existen diferentes modos de relación entre los canales de comunicación verbal y no verbal manifestados por el paciente. Knapp (1978) establece seis formas de relación entre ambos canales de comunicación: a) repetición: la comunicación verbal se ve corroborada por mensajes no verbales; b) contradicción: cuando existen claras evidencias de contradicciones entre lo expresado a nivel verbal y lo expresado a nivel no verbal; c) sustitución: cuando la comunicación no verbal sustituye a la verbal; d) complementación: en las situaciones en que los mensajes no verbales no solo son una repetición de los verbales, sino que además los complementan; e) acentuación: cuando el mensaje no verbal acentúa lo expresado a nivel verbal; y f) regulación: los mensajes no verbales tienen la finalidad de regular el flujo de la conversación entre las dos personas.

2. Clasificación o tipos de entrevistas

Numerosos autores han determinado diferentes tipos de entrevistas en función de dos criterios (tabla 7). El primero permite clasificar las entrevistas atendiendo a los objetivos o finalidad de la misma. El segundo las clasifica según el grado de estructuración (Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004; Othmer, Othmer, 1996; Roig-López, Forns-Santacana, 2016).

En el ámbito de evaluación de la psicología clínico-sanitaria, es evidente que la entrevista persigue el objetivo del diagnóstico (entrevista clínico-sanitaria), dado que pretende englobar la sintomatología clínica observada dentro de las convencionales clasificaciones de los trastornos mentales. Dicho objetivo, además, pretende implantar la intervención terapéutica más adecuada, farmacológica y no farmacológica, en el paciente evaluado, así como establecer el posible pronóstico. Si bien la finalidad de la entrevista clínico-sanitaria queda clara, es debatible el tipo de entrevista necesaria según el grado de dirección. En este último aspecto, es crucial la orientación teórica del psicólogo clínico-sanitario en la medida en que va a determinar la tipología de la entrevista y la asunción del tipo de interacción entre evaluador-entrevistado. Así, la entrevista directiva es la más utilizada desde una orientación cognitivo-conductual, la entrevista semidirectiva habitualmente se usa en evaluaciones con orientación más médica y la entrevista no directiva se utiliza en la orientación dinámica-humanista. Existen varias entrevistas clínicas diagnósticas estandarizadas que se utilizan en el ámbito asistencial e investigador (tabla 8).

Tabla 7. Tipos de entrevistas según criterios de estructuración y finalidad

ESTRUCTURACIÓN	OBJETIVOS/FINALIDAD
• Entrevista estructurada. El entrevistador se ajusta a un guion de preguntas establecido y, generalmente, estandarizado. Se exige un diseño de respuesta cerrada que haga posible la codificación y la ulterior elaboración cuantitativa de la información. Favorece la validez de contenido y es fácil de llevar a cabo por entrevistadores con un mínimo entrenamiento. • Entrevista semiestructurada / semitipificada. El entrevistador tiene un guion previo con cierto grado de libertad para proponer cuestiones <i>ad hoc</i> durante la entrevista, bien ampliando información, bien alterando el curso de las preguntas o la formulación de estas. Favorece el intercambio de información, aunque presenta baja fiabilidad. • Entrevista no estructurada o no directiva. El entrevistador permite hablar al entrevistado en función de sus propias necesidades, formulando preguntas abiertas, preguntas de amplio espectro, que promueven hablar desde lo que cada uno selecciona para contestar, y no desde la concreción a una pregunta muy específica. Puede alterar la fiabilidad del diagnóstico.	• Entrevista diagnóstica. Su finalidad es la valoración o categorización. Primariamente no pretende producir cambios en la conducta del entrevistado, sino obtener información útil para diagnosticar, diseñar y llevar a cabo un programa de intervención terapéutica. • Entrevista consultiva. Su objetivo es dar una respuesta a una pregunta en relación con un tema específico. Tiene un objetivo focal. • Entrevista de orientación vocacional. Su objetivo es orientar sobre qué estudios o qué ámbito profesional es más idóneo para el sujeto según sus capacidades. • Entrevista terapéutica y de consejo. Se lleva a cabo durante el tratamiento para lograr cambios en el entrevistado. Conlleva un momento de recopilación de información útil para una posible acción futura. • Entrevista de investigación. Su objetivo principal es la investigación. Se trata de recoger información acerca de un estado de cosas. Luego, los datos se procesan de modo que se obtengan unas conclusiones que no tendrán repercusión directa en el entrevistado. Son las clásicas encuestas.

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, las entrevistas también se pueden clasificar según la temporalidad del proceso de evaluación psicológica clínico-sanitaria. Así, se puede hablar de *entrevista inicial*, que abre el proceso relacional e identifica los objetivos del encuentro; *entrevista de información complementaria*, que permite conocer de forma más completa al sujeto entrevistando a familiares u otros profesio-

nales que hayan atendido al paciente; *entrevista sobre la historia biográfica*, que posibilita la recogida de los hitos evolutivos más significativos del proceso vital del paciente siguiendo un esquema ordenado cronológicamente; *entrevista de devolución*, en la que el entrevistador ofrece información elaborada sobre el diagnóstico y sobre las estrategias terapéuticas que se pueden plantear; y *entrevista de alta clínica*, cuyo objetivo es despedir al paciente y cerrar el caso (Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004; Morgan, Cogger, 1997).

Tabla 8. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas más empleadas en adultos

	Entrevista clínica estructurada	Entrevista clínica semiestructurada
Trastornos DSM Eje I	• Entrevista diagnóstica (DIS V) (<i>Diagnostic Interview Schedule</i>) • Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) (<i>Composite International Diagnostic Interview</i>) • Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)	• Programa para los trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>) • Entrevista clínica semiestructurada (SCID-I) (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>) • Programa para la exploración clínica en neuropsiquiatría (SCAN) (<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>)
Trastornos DSM Eje II		• Programa de exploración de la personalidad (PAS) (<i>Personality Assessment Schedule</i>) • Entrevista clínica semiestructurada (SCID-II) (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>) • Exploración internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE) (<i>International Personality Disorders Examination</i>)

Fuente: adaptación de Carrasco, Ramírez y Barrio-Gándara (2013) y de Fernández-Ballesteros (2017).

3. El curso de la entrevista: enfoque longitudinal

Diversos autores han enfatizado y señalado que toda entrevista contiene una variedad de actividades que pueden englobarse, de acuerdo con un enfoque longitudinal, en cuatro fases (Fernández-Ballesteros, 2017; Morgan, Cogger, 1997; Roig-López, Forns-Santacana, 2016). La primera es la *preparación* de la entrevista, fase en la que se debe planificar y definir claramente qué se va a evaluar, fijar los objetivos y establecer las pautas de conducción de la entrevista. Para ello, se debe examinar la información —si es factible— con la que ya se cuenta del entrevistado y disponer de conocimiento sobre el tema que tratar. La segunda fase es la *introdutoria*, y permite iniciar la entrevista, remarcando el establecimiento de un buen *rapport* positivo. En esta fase debe hacerse una breve presentación del evaluador y del procedimiento que seguir. Se recoge la información sobre las características sociodemográficas, el motivo de la consulta y el origen de la demanda. Ha de evaluarse el nivel de las expectativas por ambas partes y favorecer una atmósfera confortable, de comprensión mutua, haciendo hincapié en el compromiso del entrevistado y entrevistador, y en la confidencialidad de la información recogida. La tercera fase es el *cuerpo* de la entrevista, donde el evaluador debe centrarse en el motivo o foco de la demanda del paciente. Es el momento de exploración e identificación de las conductas problema. En esta fase se proponen tres etapas, empezando con una fase inicial abierta y facilitadora, seguida de una fase media de especificación y clarificación y, por último, una fase final de confrontación y síntesis. Se aconseja que, durante la fase del cuerpo de la entrevista, el evaluador transite de una postura menos directiva a una de más directiva. Así, el estilo del evaluador debe ser esencialmente activo, recogiendo información topográfica

de las conductas-problema y de los factores que la acompañan (análisis funcional).

La cuarta fase de la entrevista es la *despedida* o *cierre*, en la que el evaluador debe resumir la información, aclarar dudas e información incompleta, detallar un plan de trabajo y despedir al paciente en un momento positivo; con expectativas de solución y sin dejar problemas por tratar. Tras la despedida del paciente, se requiere un tiempo para que el psicólogo clínico-sanitario reflexione, complete las notas tomadas y anote sus impresiones. Se ha escrito mucho sobre la mejor forma de registro de información durante la entrevista, planteándose el registro simultáneo o el registro posterior a la entrevista, teniendo en ambos casos limitaciones de espontaneidad y pérdida de información. Lo importante, con independencia del registro, es obtener la máxima información fiable posible y crear un ambiente cálido para el paciente, sin limitar su confianza.

4. Fiabilidad y validez de la entrevista

Se han asignado muchos objetivos y muy heterogéneos a la entrevista, por lo que resulta difícil hacer valoraciones de esta o generalizaciones acerca de su fiabilidad y validez. Por lo general, los aspectos que más han interesado en cuanto a la validez y la fiabilidad han sido los siguientes (Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004; Roig-López, Forns-Santacana, 2016):

1) Fiabilidad del evaluador o la concordancia entre evaluadores. Los coeficientes son más altos cuando los aspectos que evaluar son accesibles a la observación, objetivos y conductuales;

y no tanto cuando se usan impresiones subjetivas. Se ha estudiado especialmente en el diagnóstico psicopatológico. La fiabilidad también aumenta con entrevistas de mayor estructuración y cuando los entrevistadores tienen más experiencia.

2) Fiabilidad test-retest. Los coeficientes son más altos cuando la información es más objetiva y cuando los intervalos temporales son cortos.

3) Validez de criterio. La adecuación de la entrevista a un criterio externo es directamente proporcional a la objetividad. Los criterios más duros presentan mayor validez de criterio, especialmente con criterios objetivos y sistemas diagnósticos estructurados y validados.

Tabla 9. Aspectos que incrementan la fiabilidad de la entrevista

- Mejor las entrevistas estandarizadas.
- Mejor que el entrevistador siempre sea el mismo, aunque el proceso ocupe varios días.
- Mejor obtener información global.
- Mejor evaluar hechos que percepciones del paciente.
- Mejor que la información registrada esté basada en el presente.
- Mejor que la información obtenida sea sobre hechos que atañen al sujeto personalmente.
- Mejor que las preguntas sean sobre el mismo tema.
- Mejor obtener información cualitativa que cuantitativa.

Fuente: elaboración propia.

En relación con la validez, hay que hacer algunas matizaciones adicionales (Fernández-Ballesteros, 2017; Moreno-Rosset, 2004; Othmer, Othmer, 1996). Específicamente, para incrementar la validez aparente durante la entrevista, han de utilizarse instrucciones claras y un lenguaje comprensible. Para incrementar la validez de contenido, el entrevistador ha de precisar los contenidos evaluados, acotar espacial y temporalmente las preguntas, y tener una mayor estructuración de la entrevista. Para incrementar

la validez empírica, se ha de tener en cuenta la motivación del paciente entrevistado, controlar sus tendencias de respuesta, darle libertad de expresión y asegurarle, remacándolo, la confidencialidad de la información aportada. Para incrementar la validez de constructo, se aconseja un uso adecuado de estrategias y formación del entrevistador.

5. Sesgos y recomendaciones que afectan a la calidad de la entrevista

Existen diferentes sesgos o factores que afectan a la calidad de la información obtenida (tabla 10). Entre estos destacan, sin lugar a dudas, la habilidad y el estatus del entrevistador, los efectos de reactividad, los contenidos y el desconocimiento o falta de información (Bingham, Moore, 1983; Fernández-Ballesteros, 2017; Márquez, Rubio, Hernández, 1987; Morgan, Cogger, 1997; Othmer, Othmer, 1996).

El entrevistador debe tener diferentes actitudes que permitan obtener la máxima calidad y cantidad de información del paciente, destacando la empatía, la calidez, la flexibilidad, la tolerancia, la competencia, la honestidad y la ética profesional. Es sumamente importante que el entrevistador tenga unas buenas habilidades de escucha (tabla 10). En la misma dirección de mejorar la calidad de la recogida de información, se recomiendan algunas estrategias como: a) la descripción de un día o acontecimiento concreto, y en la medida de lo posible lo más actual posible; b) el uso de hojas cronológicas para precisar la sucesión de hechos; c) las estrategias de reconocimiento para que el sujeto reconozca hechos pasados; d) la contrastación de aspectos verbales y

no verbales; y, finalmente, e) reservar unos momentos al final de la entrevista para discutir vacíos de información (Bingham, Moore, 1983; Bucla-Casal, Caballo, Sierra, 1996; Márquez, Rubio, Hernández, 1987; Morgan, Cogger, 1997).

Tabla 10. Características que mejoran la calidad de la información recogida

Habilidades de escucha del entrevistador	• Dejar hablar al paciente sin interrumpir. • Escucha activa y empática: mantener contacto ocular y mostrar actitud de escucha. • Baja reactividad verbal: presentar una latencia que facilite expresarse al entrevistado. • Silencio instrumental: favorece la interacción, que el entrevistado pueda hablar, profundizar en temas y reflexionar.
Para asegurar una mayor objetividad	• Estructurar las preguntas y respuestas. • Usar categorías de registro claramente definidas. • Ordenar las respuestas en esquemas o pautas. • Unir las perspectivas de juicio entre los entrevistadores. • Entrenar el registro y tabulación de la información.
Para asegurar una mayor fiabilidad	• Estimar las bases motivacionales de la respuesta. • Usar racimos de preguntas más que preguntas aisladas. • Clara especificación temporal de las preguntas. • Preguntar acontecimientos objetivos o indicadores observables. • Posibilidad de contrastar la adecuación de las respuestas.
Para asegurar una mayor validez	• Dar instrucciones y aclaraciones al entrevistado en todo momento. • Transparencia en las preguntas y uso de lenguaje comprensible. • Facilitar alternativas de respuesta y evitar sugerencias. • Preguntas sobre intervalos temporales o hechos determinados. • Preferencia por indicadores observables de conducta. • Detectar y neutralizar tendencias de respuesta. • Asegurar la confidencialidad y secreto profesional. • Facilitar la contrastación de respuestas con otras fuentes.

Evitar errores comunes realizados durante la entrevista	• Reforzar al entrevistado de manera insuficiente. • Usar refuerzos de forma indiscriminada. • Utilizar más preguntas cerradas que abiertas. • Mantenerse pasivo y dejar que el entrevistado dirija la entrevista. • Exceso de control y directividad de la entrevista. • Preguntar varias cosas a la vez e interrumpir al entrevistado. • Pasar por alto la comunicación no verbal. • Sobreestimar la fragilidad del entrevistado, evitando abordar áreas delicadas.
--	---

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

- Bingham, W. D.; Moore, B. V.** (1983). *Cómo entrevistar*. Madrid: Editorial Rialp.
- Buela-casal, G.; Caballo, V. E.; Sierra, J. C.** (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez-Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (coords.) (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2017). *Evaluación psicológica* (7.ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Knapp, M. L.** (1978). *Nonverbal communication in human interaction*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Marquez, M. O.; Rubio, V. J.; Hernández, J. M.** (1987). «Propuesta de entrenamiento sistemático en la entrevista: selección de variables modificables» (vol. 2, n.º 3, págs. 211-233). *Psychological Assessment*.
- Moreno-Rosset, C.** (2004). *Guía didáctica de evaluación psicológica* (primera prueba presencial). Madrid: UNED.
- Morgan, H. H.; Cogger, J. W.** (1997). *Manual del entrevistador*. Madrid: TEA Ediciones.
- Othmer, E.; Othmer, S. C.** (1996). «Tres métodos para valorar el estado mental». En: E. Othmer; S. C. Othmer (coords.). *La entrevista clínica. Tomo I: Fundamentos* (págs. 95-132) Barcelona: Editorial Pirámide.
- Roig-López, F.; Forns-Santacana, M.** (2016). «Avaluació psicològica entesa com a procés». En: M. Forns-Santacana; J. Abad-Gil; J. A. Amador-Campos; T. Kirchner-Nebot; F. Roig-López (coords.). *Avaluació psicològica* (págs. 53-96). Barcelona: Editorial UOC.

Capítulo IV

Evaluación de la personalidad en el contexto clínico-sanitario

Joan Deus Yela, Marina López-Ruiz, Gerard Martínez-Vilavella

La psicología persigue el conocimiento de los rasgos psicológicos y el estilo emocional que definen a un individuo, pretende explicar su comportamiento bajo un patrón de conducta observable y predecir su actuación y capacidad de interacción futura. Ello es posible bajo la premisa de que todas las personas poseen unas características psicológicas básicas con cierta continuidad temporal que permiten establecer diferencias individuales, es decir, se le presupone una personalidad. Dicho constructo psicológico tiene tres importantes implicaciones clínico-sanitarias. La primera es determinar si ciertos tipos o estilos de personalidad muestran una propensión a formas específicas de psicopatología, tanto de los síndromes clínicos como de los trastornos de personalidad. La segunda se centra en el presupuesto de que ciertas personalidades pueden ser factores de riesgo para promover o mantener el desarrollo de ciertas enfermedades médicas, tales como algunas cardiopatías o problemas digestivos. Una tercera implicación que considerar es el efecto que puede tener un estilo de personalidad en la adherencia terapéutica médica o psicológica, así como el riesgo de aumentar, mantener o disminuir posibles complicaciones médicas o psicopatológicas. Dichas implicaciones justifican la posible necesidad de evaluar las dimensiones de la personalidad desde su vertiente normal y en un contexto clínico-sanitario, sin tener el compromiso de establecer un diagnóstico de trastorno de personalidad (Compas; Gotlib, 2013).

1. Concepto y evaluación de la personalidad

El constructo psicológico de *personalidad* proviene del latín clásico, del término *persona*, que se utilizaba para referirse a la máscara que llevaban los actores de teatro en la antigüedad. A pesar de que dicho constructo tiene muchos significados, en función de la teoría u orientación psicológica circunscrita, puede definirse como un conjunto estable (rasgos de temperamento) y dinámico (modificables y aprendidos) de características psíquicas, estilos o habilidades de una persona que le confieren un patrón individual de intereses, actitudes, pensamientos, sentimientos o emociones, y un repertorio de conducta que define unos estilos de afrontamiento para interactuar con su entorno.

Los psicólogos han diseñado numerosos instrumentos para explorar la personalidad en su vertiente normal —según su modelo teórico—, y estos incluyen una amplia gama de variables cognoscitivas y emocionales que permiten evaluar la naturaleza y estructura de las dimensiones de la personalidad. Sin embargo, no hay que olvidar que el objetivo primordial de la evaluación de la personalidad es determinar las características que constituyen las diferencias individuales de una persona y desarrollar las medidas más exactas posibles de dichos atributos. Varios son los enfoques acerca de la evaluación de la personalidad a lo largo de la historia de la Psicología (teoría de los somatotipos, teoría de los rasgos, teorías psicoanalíticas, teorías conductistas, teorías humanistas, teorías sociales-cognitivas y teorías psicobiológicas) que han originado diferentes metodologías o pruebas de evaluación de la personalidad. Excede al objetivo del presente capítulo desarrollar dichas teorías, pero su metodología de evaluación puede englobarse en dos tipos de medidas: *pruebas objetivas de la personalidad* y *pruebas proyectivas de la personalidad*. Las primeras

son, básicamente, autoinformes o cuestionarios en los que se presentan una serie de reactivos/ítems en forma de preguntas de verdadero-falso (escalas de calificación tipo Likert) que permiten autodescribir las actitudes, emociones, conductas o percepciones de un sujeto. Las segundas constan de estímulos ambiguos (por ejemplo, figuras abstractas, vagas o frases incompletas) que se muestran al individuo; se les instruye para que faciliten respuestas más flexibles y subjetivas que posibiliten al evaluador definir su personalidad (Compas; Gotlib, 2013). En el presente capítulo solo se exponen algunos de los instrumentos o pruebas objetivas más utilizados en el contexto clínico.

2. Evaluación desde criterios empíricos:

Inventario de personalidad de California (CPI)

La creación de inventarios siguiendo criterios empíricos consta de diferentes fases: 1) selección de un amplio número de preguntas relacionadas con diversas esferas vitales; 2) selección de grupos de personas con diversas etiquetas diagnósticas con características salientes (trastorno depresivo, psicótico, etc.); 3) administración de las preguntas a los diferentes grupos; y, finalmente, 4) selección de las preguntas que diferencian un grupo del resto.

El Inventario de personalidad de California (CPI), construido por Harrison G. Gough, se realizó con el objetivo de ser similar al MMPI, aunque dirigido a población no clínica, para evaluar la personalidad normal y poder predecir comportamientos. Se puede aplicar a pacientes de entre doce y setenta años con una duración, aproximada, de administración de 45 a

60 minutos. Consta de 462 ítems con respuestas dicotómicas (verdadero o falso) y pretende evaluar las características de la personalidad desde el punto de vista de la interacción social. Las puntuaciones directas se transforman en puntuaciones típicas (PT) estandarizadas con una media de 50, siendo destacable el rasgo evaluado cuando la PT es superior o igual a 70. No contiene escalas de validez de respuesta. Consta de veinte escalas populares: dominancia, capacidad de nivel alto, sociabilidad, presencia social, autoaceptación, independencia, empatía, responsabilidad, socialización, autocontrol, buena impresión, comunalidad en lo personal, sensación de bienestar, tolerancia, resultados según normas, resultados vía independencia, eficiencia en lo intelectual, perspicacia, flexibilidad y feminidad-masculinidad. Además, contiene tres escalas adicionales (potencial para directivo, orientación al trabajo y deseabilidad social) y tres índices especiales (potencial para liderazgo, maduración social y potencial para la creación). Las escalas populares pueden agruparse en cuatro clases o grupos: clase I, que delimita la autoconfianza, el equilibrio, las habilidades sociales y la capacidad de liderazgo; clase II, que define la atención a valores y normativas sociales; clase III, que puntualiza la conducta orientada a los resultados y el estilo intelectual e instrumental del sujeto evaluado; y clase IV, que encuadra a sujetos adaptables y sensibles al entorno o bien de comportamiento superficial. Además, se pueden obtener o calificar tres vectores, el primero (V1) mide la orientación interpersonal, el segundo (V2) evalúa el enfoque de la normativa y el tercero (V3) mide la competencia o realización personal. La combinación de los dos primeros vectores (V1 y V2) permite obtener la tipología de personalidad: a) alfa, personas extrovertidas y que favorecen las normas; b) beta, sujetos introvertidos y que favorecen las normas; c)

gamma, individuos extrovertidos y que dudan del cumplimiento de las normas; y d) delta, personas introvertidas y que dudan del cumplimiento de las normas (Aiken, 2003; Gough, 1992). Pese a que históricamente ha sido un instrumento importante en el ámbito clínico y socio-laboral, no está tan claro que en la actualidad esté muy presente en la práctica clínica.

3. Evaluación de la personalidad desde el paradigma factorial o de los rasgos

Los cuestionarios basados en el paradigma factorial se caracterizan por analizar las intercorrelaciones existentes entre determinadas variables psicológicas. Dichas variables se pueden agrupar en factores subyacentes (dimensiones básicas de la personalidad) que ayuden a estructurar y comprender los componentes de la personalidad. Existen dos perspectivas tradicionales en el estudio de la personalidad: la léxica y la biológica. En el primer caso, la base es el lenguaje habitual utilizado para describir los rasgos de personalidad, en el segundo, se centran en la influencia de determinadas estructuras biológicas ejercida sobre el comportamiento y la personalidad.

3.1. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R)

Uno de los cuestionarios con una historia más dilatada y un uso más generalizado es el EPQ-R, creado por Hans J. Eysenck y Sybil B. G. Eysenck, su esposa, a mediados del siglo pasado.

Se trata de un instrumento que evalúa tres factores de personalidad: extraversión, neuroticismo y psicoticismo, además de una escala de deseabilidad social (mendacidad, sinceridad, veracidad), introducida en la versión revisada y no la original (Aiken, 2003).

La versión española consta de 83 ítems, a los que se debe dar una respuesta dicotómica de sí o no. El tiempo de aplicación oscila entre 15 y 30 minutos aproximadamente, y se puede aplicar tanto de manera individual como colectiva a partir de los dieciséis años. Las puntuaciones directas obtenidas se transforman en PT que se interpretan de la siguiente manera: muy bajo (PT = 1-35), bajo (PT = 36-45), promedio (PT = 46-55), alto (PT = 56-65) y muy alto (PT = 66-99). El *factor extraversión* (19 ítems) describe a personas sociables, impulsivas, excitables, cambiantes, optimistas y poco sensibles cuando se obtienen puntuaciones elevadas. En el otro extremo se encuentra la introversión, correspondiente a puntuaciones bajas, caracterizada por retraimiento, tranquilidad, reserva, desconfianza, control, previsión y baja predisposición a la agresión. El *factor neuroticismo* (23 ítems) se asocia a ansiedad, cambios de humor repentinos en cortos períodos de tiempo, alteraciones psicosomáticas, preocupación, alta reactividad ante estímulos y dificultad para volver al estado previo a la activación. Cuanto más elevadas sean las puntuaciones, más gravedad en la escala; y viceversa, cuanto más bajas sean las puntuaciones, más estabilidad emocional muestra la persona (clama, baja intensidad en las respuestas, control emocional, humor constante). El *factor psicoticismo* (23 ítems) se caracteriza por hostilidad, crueldad, falta de empatía, búsqueda de sensaciones, egoísmo, dureza de pensamiento y conflictividad. En el polo opuesto, si se puntúa bajo en este factor, se

encuentra la normalidad. La escala *deseabilidad social* (18 ítems) se relaciona con la predisposición de la persona a responder con disimulo o simulando para ofrecer una buena impresión en el resultado del cuestionario. Así, a puntuaciones mayores, menor es la veracidad de sus respuestas (Tous, Aguilar, Pueyo, 1990; Aiken, 2003).

3.2. Cuestionario factorial de personalidad de Catell (16 PF-5)

Raymond Bernard Cattell desarrolló dieciséis rasgos de personalidad mediante un extenso análisis factorial basado en 171 rasgos que él mismo había simplificado partiendo de una lista inicial de 18.000 adjetivos descriptivos de la personalidad desarrollada por Allport y Odbert (1936; Aiken, 2003). El producto principal de su trabajo fue el Cuestionario de dieciséis factores de personalidad (16 PF), que actualmente se encuentra en su quinta versión (16 PF-5) y consta de 185 ítems con tres opciones de respuesta, que evalúan, con algunas variaciones y mejoras, las mismas dieciséis escalas primarias que se presentaron en su primera edición (tabla 11). Adicionalmente, en la actualidad, el cuestionario cuenta con escalas de validez (deseabilidad social/manipulación de la imagen, infrecuencia y aquiescencia), permitiendo ello objetivar si el evaluado pretende causar buena impresión, detectar la presencia de ambigüedad, rasgos de género, raza y cultura. El tiempo total para realizar la prueba es de 35 a 50 minutos aproximadamente, y puede administrarse a partir de los dieciséis años (Aiken, 2003; Cattell, Catell, Catell, 2011).

Tabla 11. Descripción de las escalas de factores primarios del 16 PF-5

ESCALAS	DESCRIPCIÓN
Afabilidad	A+ Afable, cálida, generosa y atenta a los demás. A- Reservada, fría, impersonal y distante.
Razonamiento	B+ Pensamiento abstracto. B- Pensamiento concreto.
Estabilidad	C+ Emocionalmente estable, adaptada, madura, capaz de solucionar sus problemas. C- Reactiva, inestable emocionalmente, con poco control.
Dominancia	E+ Dominante, asertiva, competitiva. E- Deferente, cooperativa, evita los conflictos, consciente de los deseos de los demás.
Animación	F+ Animosa, espontánea, activa, entusiasta, deseosa de atención. F- Seria, reprimida, cuidadosa, callada.
Atención a las normas	G+ Atenta a las normas, cumplidora, formal, perseverante. G- Inconformista, indulgente consigo misma, esquivo las reglas.
Atrevimiento	H+ Atrevida, aventurera, socialmente segura, emprendedora. H- Tímida, temerosa, cohibida, vergonzosa, cauta.
Sensibilidad	I+ Sensible, empática, sentimental, apoya sus juicios en enfoques personales y sentimentales. I- Objetiva, poco sentimental, atiende más a lo operativo y utilitario.
Vigilancia	L+ Vigilante, suspicaz, escéptica, precavida. L- Confiada, sin sospechas, adaptable.
Abstracción	M+ Abstraída, imaginativa, idealista, orientada a las ideas y procesos mentales más que a los aspectos prácticos, ensimismada en sus pensamientos (en las nubes). M- Práctica, realista, orientada a los aspectos prácticos del entorno y sus exigencias (con los pies en la tierra).
Privacidad	N+ Privada, cerrada, no se abre, calculadora, discreta. N- Abierta, llana, natural.
Aprensión	O+ Aprensiva, insegura, preocupada, se preocupa demasiado por las cosas, se siente herida con facilidad. O- Segura, despreocupada, satisfecha, confía en sí misma.

ESCALAS	DESCRIPCIÓN
Apertura al cambio	Q1+ Abierta al cambio, le gusta cambiar las cosas para mejorarlas, experimental, analítica. Q1- Tradicional, apegada a lo conocido, no se cuestiona la forma ni la manera de hacer las cosas.
Autosuficiencia	Q2+ Autosuficiente, individualista, le gusta estar sola, toma las decisiones por su cuenta Q2- Seguidora, gregaria, prefiere estar rodeada de gente, le gusta hacer las cosas con otros.
Perfeccionismo	Q3+ Perfeccionista, organizada, disciplinada. Q3- Flexible, tolerante con el desorden o las faltas, desorganizada.
Tensión	Q4+ Tensa, enérgica, impaciente, irritable, intranquila. Q4- Relajada, tranquila, plácida, paciente.

Fuente: elaboración propia.

Los factores de personalidad que se han descrito en la tabla anterior no son independientes, sino que se presentan correlaciones positivas y negativas entre ellos. Esto permite que, de la combinación de varios factores relacionados entre sí, se desarrollan cinco escalas globales o factores de segundo orden, que ofrecen información para un entendimiento más amplio de la personalidad: QS1, introversión-extraversión; QS2, ansiedad-tranquilidad; QS3, susceptibilidad-tenacidad; QS4, dependencia-independencia; y QS5, alto autocontrol-bajo autocontrol. Las escalas de la quinta edición del 16 PF han mostrado una mayor confiabilidad en cuanto a consistencia interna que las ediciones anteriores, yendo de 0,64 a 0,85, con un promedio de 0,74. Por otro lado, las confiabilidades test-retest promedian alrededor de 0,80 después de un intervalo de dos semanas, y de 0,70 en un intervalo de dos meses (Cattell; Catell; Catell, 2011).

3.3. Inventario NEO de personalidad revisado (NEO-PI-R)

En la actualidad, el modelo factorial de personalidad conocido como *Big Five* o los *cinco grandes* (tabla 12) se ha impuesto como una de las opciones más consensuadas de uso, y existen un gran número de instrumentos diseñados para su medida. El más establecido de todos ellos es el desarrollado por Paul T. Costa y Robert R. McCrae, el Inventario NEO de personalidad revisado y editado en 1992 (NEO-PI-R). La prueba puede administrarse a adolescentes mayores de diecisiete años (sin trastornos psicopatológicos severos) y adultos de la población general. Consta de 240 ítems, a los que se responde mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, y pueden ser contestados de dos maneras distintas: de manera autoadministrada (forma S) o mediante un observador cualificado (forma R). Asimismo, también existe una versión breve compuesta únicamente por los 70 primeros ítems de la prueba y que constituye el Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI). El tiempo de administración es, aproximadamente, de 30 o 40 minutos en la versión completa, mientras que en la versión abreviada se reduce a 10 o 15 minutos (Aiken, 2003; Costa, McCrae, 2008).

Cada uno de los factores descritos, tal y como se ilustra en la tabla 12, se compone de seis facetas, hecho que permite un análisis más específico de los rasgos de personalidad del sujeto evaluado. El conjunto de las PT obtenidas por un sujeto se representan en forma de perfil para ver la configuración global de su personalidad en relación con los datos de su grupo normativo, lo que permite identificar fácilmente los factores y facetas más distintivas y relevantes (PT: > 65, muy alto; 56-65, alto; 46-55, medio; 36-45, bajo; y < 36, muy bajo). Adicionalmente, existen

tres escalas para comprobar la validez del cuestionario (aquiescencia, negaciones y preguntas en blanco), que indican si el cuestionario debe interpretarse con cautela o no puntuarse en el caso de que los resultados obtenidos en estas tres escalas no estén dentro de los límites de la normalidad (Costa; McCrae, 2008).

Tabla 12. Factores y facetas que componen el NEO-PI-R, basado en la teoría del *Big Five*

Factores	Descripción	Facetas de cada factor
(N) Neuroticismo	Preocupado contra tranquilo, inseguro contra seguro, autocompasivo contra autosatisfecho.	N1 ansiedad; N2 hostilidad; N3 depresión; N4 ansiedad social; N5 impulsividad; N6 vulnerabilidad.
(E) Extraversión	Sociable contra recluso, amante de la diversión contra solemne, afectuoso contra reservado.	E1 cordialidad; E2 gregarismo; E3 asertividad; E4 actividad; E5 búsqueda de emociones; E6 emociones positivas.
(O) Apertura	Imaginativo contra realista, preferencia por la variedad contra preferencia por la rutina, independiente contra conformista.	O1 fantasía; O2 estética; O3 sentimientos; O4 acciones; O5 ideas; O6 valores.
(A) Amabilidad	Bondadoso contra despiadado, confiado contra suspicaz, útil contra poco cooperativo.	A2 franqueza; A3 altruismo; A4 actitud conciliadora; A5 modestia; A6 sensibilidad hacia los demás.
(C) Responsabilidad	Bien organizado contra desorganizado, cuidadoso contra descuidado, autodisciplinado contra carente de voluntad.	C1 competencia; C2 orden; C3 sentido del deber; C4 necesidad de logro; C5 autodisciplina; C6 deliberación.

Fuente: Costa y McCrae (2008).

En cuanto a la evidencia a favor de la validez del instrumento, existe abundante investigación que muestra unas buenas cualidades psicométricas. Sin embargo, el cuestionario (especialmente la versión abreviada) presenta una serie de limitaciones que conviene remarcar. Los coeficientes de confiabilidad no son de una

gran contundencia (consistencia interna de 0,86 a 0,95 en NEO-PI-R y de 0,68 a 0,86 en NEO.FFI; test-retest después de seis meses en las escalas de dominio de 0,86 a 0,91 y en las escalas de facetas de 0,56 a 0,90) (Aiken, 2003).

4. Evaluación de la personalidad desde teorías psicobiológicas: Inventario de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R)

Creado en la década de los ochenta del siglo XX, actualmente el TCI-R es uno de los instrumentos para la evaluación de personalidad más utilizados del mundo. La teoría psicobiológica en que Theodor Cloninger se fundamenta considera que los mecanismos biológicos y el aprendizaje contribuyen al desarrollo de la persona en su contexto. Su modelo argumenta que las respuestas automáticas inconscientes de inicio, mantenimiento y finalización de una conducta están determinadas, en primera instancia, por el temperamento. Estas respuestas automáticas pueden ser modificadas por el contexto, experiencias y aprendizajes que realiza la persona, es decir, por su carácter. El temperamento es la parte heredable de la personalidad, tiene una clara relación con los niveles de concentración de ciertas monoaminas cerebrales y es independiente de la cultura y el aprendizaje social (tabla 13). De hecho, se relaciona con el aprendizaje asociativo y procedimental y con las respuestas emocionales automáticas. El carácter es la parte aprendida de la personalidad, de manera reflexiva y consciente, y se relaciona con el autoconcepto, los objetivos y valores individuales, la cultura y el aprendizaje familiar, social, académico y labo-

ral (Gutiérrez; Bayón; Montserrat; Valero; Labad; Cloninger; Fernández-Aranda, 2004).

Tabla 13. Neurotransmisores y dimensiones de temperamento

Dimensión de temperamento	Sistema cerebral implicado	Principal neuromodulador	Respuesta conductual
(BN) Búsqueda de novedad	Activación conductual	Dopamina	Búsqueda exploratoria
(ED) Evitación del daño	Inhibición conductual	Serotonina GABA	Evitación pasiva o extinción
(DR) Dependencia de la recompensa	Apego social	Noradrenalina Oxitocina	Conductas de afiliación
(PS) Persistencia	Reforzamiento parcial	Serotonina Glutamato	Resistencia a la extinción y mantenimiento conducta

Fuente: Gutiérrez y colaboradores (2004).

Las dimensiones de temperamento que define el TCI-R son cuatro: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. A continuación se exponen, brevemente, cada una de dichas dimensiones:

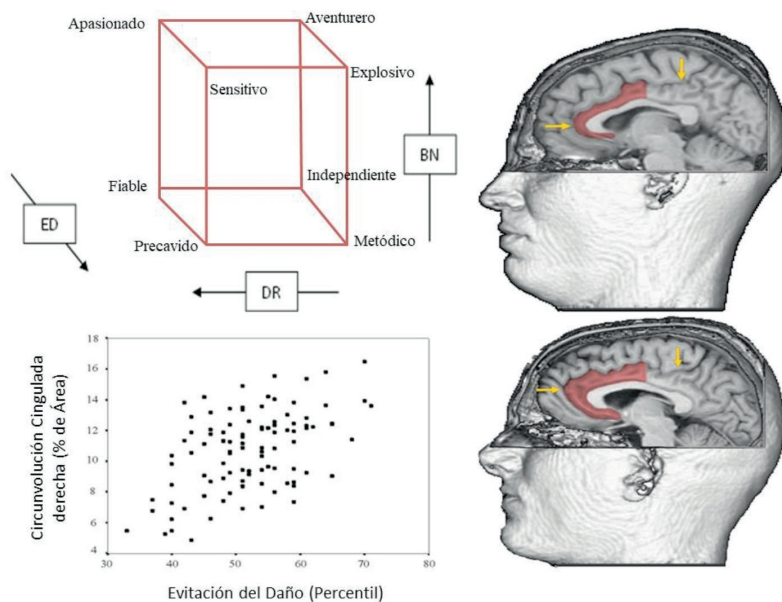
1) Búsqueda de novedad (*Novelty Seeking*, BN). Se relaciona con la tendencia a la ejecución de conductas de aproximación a situaciones novedosas, a las señales de recompensa o retirada de castigo, incluyendo la exploración, desinhibición e impulsividad. A su vez está constituida por cuatro subescalas (excitabilidad exploratoria versus rigidez estoica; impulsividad versus reflexión; extravagancia versus reserva; desorden versus reglamentación estricta). Las puntuaciones altas se asocian a una baja actividad dopaminérgica.

2) Evitación del daño (*Harm Avoidance*, ED). Refleja la predisposición a la inhibición conductual, a la presencia de ansiedad, pesimismo, preocupación, aprendizajes de evitación frente a un evento inesperado o potencialmente dañino, conductas de evitación de estímulos aversivos, hipervigilancia, aprensión y preocupación. Está constituida por cuatro subescalas (ansiedad anticipatoria y pesimismo versus optimismo; temor de lo incierto versus confianza; timidez versus gregarismo; fatiga versus vigor). Las puntuaciones elevadas en esta dimensión se relacionan principalmente con menor actividad serotoninérgica.

3) Dependencia de la recompensa (*Reward Dependence*, DR). Tiene que ver con la propensión a actuar ante estímulos con la intención de obtener una recompensa —especialmente social— y de mantener una conducta socialmente esperable, mostrándose sentimental, abierto, cálido en la comunicación y dependiente. Tiene cuatro subescalas (apertura y calidez en la comunicación, sentimentalismo, vinculación y dependencia). Las puntuaciones elevadas en esta dimensión se relacionan con baja actividad noradrenérgica y altos niveles de oxitocina.

4) Persistencia (*Persistence*, PS). Implica una tendencia a perseverar ante la frustración o la fatiga, a resistir a la extinción de conductas reforzadas previamente, además de capacidad de trabajo, de esfuerzo y de determinación (tabla 13). A su vez, está constituida por cuatro subescalas (esfuerzo, fortaleza en el trabajo, ambición y perfeccionismo). Cloninger relaciona altos puntajes en esta dimensión con alta actividad del glutamato y baja actividad noradrenérgica.

Figura 2. Cubo con los diferentes perfiles temperamentales resultantes del TCI-R y la relación neuroanatómica de alguna de sus dimensiones de temperamento



Fuente: Pujol y colaboradores (2002).

Nota. Se puede objetivar una relación positiva entre la circunvolución cingulada anterior derecha y el nivel de evitación del daño. Así, a mayor volumen de dicha estructura paralímbica (imagen inferior derecha), se objetivan mayores niveles de ansiedad (figura inferior izquierda).

Las dimensiones de carácter, según el TCI-R, son tres: auto-dirección, cooperación y autotranscendencia. Las dos primeras dimensiones de carácter (autocontrol y adaptación) permiten presuponer psicométricamente un posible trastorno de personalidad cuando la media de ambas dimensiones se sitúa en un rango de puntuaciones muy bajas (ver capítulo IX). A continuación se hace una breve descripción de las mismas:

1) La autodirección (*Self-Directedness*, AD) es la capacidad de una persona para controlar, regular y adaptar su conducta

a la situación, con autosuficiencia, responsabilidad, seguridad, ingenio, realismo, efectividad y siguiendo los objetivos y valores propios, así como con madurez, integridad personal y autoestima. Está constituida por cinco subescalas: responsabilidad versus proyección de la culpa; determinación versus ausencia de metas; autoeficacia versus inercia; autoaceptación versus competitividad; y hábitos congruentes versus malos hábitos.

2) La cooperación (*Cooperativeness*, CO) se identifica con la aceptación de las otras personas, con la habilidad para ser empático, compasivo, tolerante, considerado con las necesidades y derechos de los demás, con tener principios y estar dispuesto a ayudar, e indica el grado en que un sujeto se percibe a sí mismo como parte integral de la sociedad. Está constituida por cinco subescalas: aceptación social versus intolerancia social; empatía versus desinterés social; tendencia a ayudar versus egoísmo; compasión versus venganza; y principios versus oportunismo.

3) La autotranscendencia (*Self-Transcendence*, AT) se considera la identificación con lo esencial y con formar parte de un todo o conjunto unificado, presencia de perspicacia, espiritualidad, humildad, ausencia de pretensiones, creatividad, imaginación y capacidad del individuo para aceptar la ambigüedad y la incertidumbre. A su vez, está constituida por tres subescalas: abstracción frente a cohibición; identificación transpersonal frente a autodirección; y aceptación espiritual frente a materialismo racional.

El inventario consta de 240 preguntas, que se responden según escala tipo Likert de 5 puntos (1 = completamente falso; 2 = probablemente falso; 3 = ni falso ni verdadero; 4 = probablemente verdadero; y 5 = completamente verdadero). Las puntuaciones directas obtenidas para cada una de las dimensio-

nes de personalidad se transforman en centiles y se diferencia entre puntuaciones bajas (17-33 %) y muy bajas (0-16 %) o entre puntuaciones altas (66-33 %) y muy altas (83-100 %), división útil y fiable para la descripción clínica. Las diferentes subescalas que configuran las dimensiones de personalidad se describen mediante puntuaciones directas y la categoría cualitativa de alto o bajo. La corrección se hace a través de un sistema informatizado que proporciona un perfil temperamental con la combinación de las dimensiones BN, ED y DR. Pueden resultar perfiles únicos o combinados, los cuales se etiquetan como: apasionado, aventurero, sensitivo, explosivo, independiente, metódico, cauteloso y fiable (figura 2) (Gutierrez-Zotes y otros, 2004). Finalmente, señalar que el TCI-R es uno de los inventarios de personalidad más recomendables junto con el NEO-PI-R para el uso clínico-sanitario o asistencial e investigación. Se fundamenta en que ambos proporcionan una información más completa de la personalidad; se han demostrado un mayor número de correspondencias neurobiológicas que permiten respaldar su fundamentación neurobiológica y factorial, respectivamente, y plantear una línea de investigación de creciente interés denominada la neurobiología de la personalidad.

Bibliografía

- Aiken, L. R.** (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Prentice Hall.
- Cattell, R. B.; Catell, A. K. S.; Catell, H. E. P.** (2011). *16 PF-5 Cuestionario factorial de la personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Compas, B. E.; Gotlib, I. H.** (2003). *Introducción a la psicología. Ciencia y práctica*. Madrid: McGraw Hill.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R.** (2008). *Inventario de personalidad NEO Revisado (NEO-PIR)*.
- Gough, H. G.** (1992). *Inventario de personalidad de California (CPI)*. Barcelona: TEA Ediciones.
- Gutiérrez-Zotes, J. A.; Bayón, C.; Montserrat, C. y otros** (2004). «Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general». En: *Actas Españolas de Psiquiatría* (vol. 32, n.º 1, págs. 8-15).
- Pujol, J.; López, A.; Deus, J. y otros** (2002). «Anatomical variability of the anterior cingulate gyrus and basic dimensions of human personality». *NeuroImage* (vol. 15, págs. 847-855).
- Tous Ral, J. M.; Aguilar Alonso, A.; Andrés Pueyo, A.** (1990). «Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R». *Anuario de psicología* (vol. 46, págs. 101-118).

Capítulo V

Cuestionarios multidimensionales de evaluación en Psicología Clínica-Sanitaria

Gerard Martínez-Vilavella, Josep Deví Bastida, Joan Deus Yela

El psicólogo clínico-sanitario debe aplicar e integrar el cuerpo de conocimientos sistemáticos de la psicometría, de la evaluación y de la psicopatología, con independencia de su orientación teórica, para emitir juicios sobre comportamientos o procesos anormales que manifiesta un individuo, a partir del proceso de evaluación, y proponer una intervención. En consecuencia, probablemente, el momento más crítico de la evaluación clínico-sanitaria está en decidir qué instrumentos psicométricos o procedimientos de evaluación deben utilizarse e integrar sus resultados con los datos clínicos, en relación con las consensuadas clasificaciones de los trastornos mentales. Sintéticamente, las pruebas psicométricas pueden ser entrevistas diagnósticas estandarizadas (ver capítulo III), cuestionarios/inventarios genéricos de evaluación psicopatológica (presente capítulo) e inventarios específicos de un trastorno (ver capítulos VI a XV). La elección de cuestionarios genéricos o multidimensionales, que constituyen una parte del proceso de evaluación, se fundamentan en seis principios: 1) toda evaluación debería incluir un cuestionario genérico estandarizado de evaluación psicopatológica; 2) decidir el cuestionario en función de la economía de tiempo y esfuerzo, así como de la existencia de indicadores psicométricos de fiabilidad o consistencia de las respuestas del evaluado; 3) al utilizar y disponer de cuestionarios estandarizados, se logra una mayor objetividad de la medida de la sintomatología del Eje I o II de los sistemas de

clasificación de los trastornos mentales; 4) estas pruebas pueden ser útiles para verificar y comprobar algunos de los diagnósticos psicopatológicos establecidos; 5) ningún cuestionario, genérico o específico, debe ser utilizado por sí solo para poder diagnosticar la presencia o ausencia de un trastorno mental; y 6) valorar si los cuestionarios permiten evaluar la evolución del paciente y si son sensibles a la eficacia terapéutica (Aiken, 2003; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fernández-Ballesteros, 2017).

1. Inventario de los noventa síntomas revisado de Derogatis (SCL-90-R)

Este inventario, diseñado en la Universidad de Johns Hopkins, permite evaluar cuantificadamente síntomas psicopatológicos y psicológicos que manifiesta un individuo, tanto en población clínica como en población normal, mediante un total de 90 ítems, que describen síntomas clasificados en nueve dimensiones de sintomatología primaria o trastorno clínico y tres índices globales de la severidad del trastorno (tabla 14) (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Derogatis, 2011).

Tabla 14. Breve descripción de las escalas que configuran el SCL-90-R

DIMENSIONES CLÍNICAS	
Somatización (SOM)	Evalúa el malestar inducido por la percepción de disfunciones corporales focalizadas en el aparato cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, cefalalgias, dolor y malestar muscular (doce ítems).
Obsesivo-compulsivo (OBS)	Refleja pensamientos, acciones e impulsos vividos como persistentes e irresistibles, ajenos al individuo y no deseados (diez ítems).

DIMENSIONES CLÍNICAS	
Sensibilidad interpersonal (SI)	Evalúa sentimientos de autodesvalorización, inadecuación personal e inferioridad comparativamente con sus semejantes (nueve ítems).
Depresión (DEP)	Incluye síntomas de humor y afectividad disfórica, tales como adinamia, falta de motivación, pérdida de energía vital, sentimientos de desesperanza e ideación suicida (trece ítems).
Ansiedad (ANS)	Evalúa signos generales de nerviosismo, tensión, temblor, así como ataques de pánico y miedos. También incluye componentes cognitivos implicados en los sentimientos de temor y aprehensión (diez ítems).
Hostilidad (HOS)	Incluye pensamientos, sentimientos o acciones característicos de un estado afectivo negativo de cólera, ira o resentimiento (seis ítems).
Ansiedad fóbica (FOB)	Evalúa la respuesta persistente de temor (a personas, lugares, objetos o situaciones específicas) irracional y desproporcionado al estímulo, lo que comporta conductas de evitación (siete ítems).
Ideación paranoide (PAR)	Evalúa conductas, consecuentes de un trastorno del pensamiento, de hostilidad, suspicacia, grandiosidad, autorreferencia, temor a la pérdida de autonomía y la percepción ilusoria (seis ítems).
Psicoticismo (PSIC)	Incluye ítems indicativos de retraimiento, aislamiento, estilo de vida esquizoide y síntomas de esquizofrenia de primer orden, tales como alucinaciones o robo del pensamiento (diez ítems).
Ítems adicionales	Se incluyen siete ítems clínicamente importantes no contemplados en ninguna de las dimensiones clínicas, pero sí para obtener los índices globales. Contemplan problemas de sueño, alimentación o culpa.
ÍNDICES GLOBALES DE SEVERIDAD	
Índice de severidad global (ISG/GSI)	El mejor indicador de la intensidad o severidad actual del trastorno. Combina la información recogida sobre el número de síntomas y la intensidad del malestar percibido por el sujeto.
Índice de malestar sintomático positivo (IMSP/PSDI)	Medida de intensidad pura, corregida por el número de síntomas. Indica aumento o atenuación del malestar sintomático expresado por el sujeto.
Total de síntomas positivos (TSP/PST)	Cómputo del número de síntomas que el sujeto considera positivos. Indica tendencia a maximizar o minimizar una psicopatología.

Fuente: elaboración propia.

Dicho instrumento psicométrico se puede aplicar a individuos mayores de trece años y se excluye administrarlo a pacientes con sintomatología psicótica en fase aguda, pacientes delirantes o con discapacidad intelectual. El tiempo de aplicación es de 12 a 20 minutos. Este inventario, considerado de cribado psicopatológico, constituye una medida de la sintomatología psicopatológica actual y puntual del sujeto, y no una medida de personalidad. Se administra individualmente y de forma autoaplicada, en la que el sujeto evaluado responde subjetivamente al malestar que siente para cada uno de los ítems en el último mes. Todos los ítems se valoran según una escala tipo Likert: 0, nada; 1, un poco; 2, moderadamente; 3, mucho; y 4, extremadamente. Las puntuaciones se obtienen sumando los valores de los ítems correspondientes a cada dimensión definida y dividiendo el resultado entre el número de ítems que comprende la dimensión clínica. Una vez obtenidos los índices de las diferentes escalas, se transforman en PT o percentiles (PC). Se definirá como un caso psicopatológicamente positivo o con un probable diagnóstico psicopatológico si el sujeto obtiene una puntuación ISG/GSI mayor o igual que una PT de 63, o si consigue una PT mayor o igual que 63 en al menos dos dimensiones clínicas. La utilización de una dimensión clínica por sí sola no permite otorgar un diagnóstico. No obstante, dicho inventario puede proporcionar perfiles sindrómicos-diagnósticos mediante varias dimensiones clínicas significativas que, aunque no constituyan diagnósticos formales, reflejen un patrón de perfil empíricamente observado con mucha frecuencia en asociación con ciertos diagnósticos del *DSM* —mayoritariamente— del Eje I (Derogatis, 2011).

En cuanto a las medidas de fiabilidad y validez, la prueba muestra una buena consistencia interna (0,79-0,90), con una fiabilidad test-retest tras una semana de 0,78 a 0,90 y una fia-

bilidad test-retest tras diez semanas de 0,68 a 0,80. Señalar que dicho inventario presenta una buena sensibilidad, pudiendo detectar pacientes con sintomatología subclínica o encubierta, y baja especificidad cuando la sintomatología aguda es de elevada intensidad. Finalmente, indicar que existe una versión abreviada, el Inventario breve de síntomas (*Brief Symptom Inventory*, BSI), con 53 ítems y altamente correlacionada con el SCL-90-R (Derogatis, 2011).

2. Cuestionario de análisis clínico (CAQ)

Dicho instrumento, resultado de muchas investigaciones en el Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) en Champaign (Illinois, USA), llevadas a cabo por Samuel E. Krug, fue concebido como un cuestionario que pudiera evaluar rasgos normales de personalidad y rasgos patológicos, especialmente primarios de la depresión, y que permitiera obtener un perfil multidimensional del evaluado y suplir las deficiencias del 16 PF de Cattell como prueba de diagnóstico psicopatológico (ver capítulo IV). El CAQ original (272 elementos) consta de dos partes y veintiocho escalas. La primera (CAQ-1) recoge los dieciséis rasgos de personalidad previamente evaluados por el 16 PF de Cattell (128 ítems). La segunda parte (CAQ-2) incluye doce rasgos (144 ítems), siete de los cuales miden manifestaciones primarias de la depresión y los cinco restantes destinados a evaluar rasgos factorialmente identificados en el conjunto de los ítems del MMPI. De esta forma, el CAQ combina datos de tipo patológico con información sobre la estructura de la personalidad (Krug, 1994).

Tabla 15. Breve descripción de las doce escalas primarias del CAQ en la versión española

Hipocondrias (D1)	Evalúa el componente somático (funciones corporales) de la depresión. Esta escala es una de las principales contribuciones al factor secundario de la depresión.
Depresión suicida (D2)	El contenido de los elementos se centra en pensamientos de autodestrucción o pensamientos de no querer vivir. Junto con la D5, forman la tríada de mayor peso en el factor secundario de la depresión. El riesgo de suicidio aumenta sustancialmente al observarse una elevación simultánea en D2 y D3.
Agitación (D3)	Evalúa el placer por hacer cosas de riesgo y nuevas, observable en el abuso de tóxicos y ciertos trastornos de personalidad del clúster B.
Depresión ansiosa (D4)	Evalúa la torpeza al manejar objetos, el miedo, la inseguridad y la capacidad para manifestar lo que se piensa de los demás.
Depresión baja energía (D5)	Evalúa la tristeza, anergia, fatiga, sueño no reparador, aislamiento social y sentimientos de vacío e intranquilidad.
Culpabilidad-Re-sentimiento (D6)	Evalúa el sentimiento de culpabilidad, autocrítica y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia.
Apatía-Retirada (D7)	Evalúa dos rasgos principales: la sensación de que la vida es demasiado absurda y sin sentido como para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás.
Paranoia (Pa)	Evalúa el recelo, suspicacia, sensación de injusticia y persecución, celotipia e hipervigilancia hacia su entorno.
Desviación psicopática (Pp)	Evalúa la búsqueda de sensaciones, capacidad de inhibición ante el peligro, cumplimiento de normas sociales o críticas sociales
Esquizofrenia (Sc)	Evalúa la sintomatología propia del espectro psicótico, tales como las dificultades para expresar sus ideas, presencia de impulsos extraños, sentimientos de irrealidad y alucinaciones.
Psicastenia (As)	Evalúa la conducta obsesiva (rituales y reiteración del pensamiento) y la capacidad de autocontrol. Recoge comportamientos fóbicos.
Desajuste psicológico (Ps)	Medida de la sensación de autovalía, inutilidad, devaluación personal e introversión.

Fuente: elaboración propia.

La versión española del CAQ se elaboró basándose en la segunda parte del original, ítems que miden psicopatología, y durante el transcurso de seis estudios de validación factorial se fue depurando su redacción y seleccionando los ítems hasta llegar a los 144 elementos elegidos, que configuran doce escalas primarias (tabla 15). Cada ítem tiene tres alternativas de respuesta (A, B y C), siendo la alternativa B la de *término medio*, aunque se pide al sujeto evaluado que utilice lo menos posible dicha alternativa. Las cuestiones se distribuyen de forma cíclica para presentar un contenido variado, mantener el interés y evitar efectos de sensibilización. Las puntuaciones directas se transforman en decatipos para cada sexo (varones y mujeres) y edad (adolescentes y adultos), considerándose la normalidad entre 4 y 7, el perfil bajo entre 1 y 3 y el perfil alto entre 8 y 10. Se administra de forma individual o colectiva, a población adolescente y adulta, con una duración de aplicación de 30 a 45 minutos. Se han elaborado algunos posibles perfiles clínicos típicos a partir de las escalas primarias y con puntuaciones elevadas (decatipos 8-10): a) perfil de esquizofrenia cuando se objetiva elevación de D7, Sc, Pa y Ps; b) perfil de depresión neurótica al observarse elevación de D1, D4 y D7; c) perfil de abuso infantil cuando se detecta una elevación de Pa-Q4. Finalmente, se pueden obtener cinco factores de segundo orden o puntuaciones secundarias en función de los datos de las escalas primarias, que permiten organizar la información primaria de forma útil para la interpretación del CAQ. Se consideran los siguientes:

1) Ansiedad. La dimensión incluye pesos de D6 y As. En menor medida aparece un peso negativo de Pp y otro positivo de Sc.

2) Extraversión. Incorpora con peso negativo las escalas D7 y D4.

3) Independencia. Incluye las escalas Pp, Pa y D3.

4) Socialización controlada o superego. Solo tiene una saturación significativa, y con signo negativo, en D4. Es la dimensión que se interpreta en el polo bajo como sociopatía.

5) Depresión. Sus saturaciones principales están en seis de las siete escalas primarias de depresión (se excluye la D3), con estructura muy similar en ambos sexos. El tipo de depresión estimado con el CAQ tiende a aparecer en personas ansiosas, introvertidas y carentes de autocontrol social (Krug, 1994).

3. Inventario clínico-multiaxial de Millon (MCMI-III)

Última versión de un inventario que existe desde 1976 y coordinado con la teoría de la personalidad de Theodore Millon. Está construido mediante el método racional y diseñado para evaluar directamente ciertos trastornos de personalidad y síndromes clínicos del *DSM-IV*, con clara orientación psicodiagnóstica pero sin llegar a ser una herramienta diagnóstica perfecta. Consta de 175 ítems autoadministrados para adultos (de dieciocho años en adelante) en aproximadamente 25 minutos y de respuesta verdadero-falso. Los resultados se reflejan mediante veinticuatro escalas que evalúan estilos de personalidad o afrontamiento, trastornos de personalidad, síndromes clínicos de severidad moderada o grave, y cuatro escalas de corrección o validez (tabla 16) (Aiken, 2003; Millon, Millon, Davis, Grossman, 2006).

Tabla 16. Escalas que configuran el MCMI-III

ÍNDICES DE CORRECCIÓN/VALIDEZ Y. Deseabilidad social Z. Alteración V. Validez X. Nivel de sinceridad	ESCALAS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD S. Esquizotípica C. Límite P. Paranoide
ESCALAS DE ESTILOS DE PERSONALIDAD 1. Esquizoide 2. Evitativa (fóbica) 2B. Depresiva 3. Dependiente (sumisa) 4. Histriónica 5. Narcisista 6A. Antisocial 6B. Agresiva (sádica) 7. Compulsiva 8A. Negativista (pasivo-agresivo) 8B. Autodestructiva (masoquista)	ESCALAS DE SÍNDROMES CLÍNICOS Gravedad moderada A. Trastorno ansiedad H. Trastorno somatomorfo N. Trastorno bipolar D. Trastorno distímico B. Dependencia del alcohol T. Dependencia de drogas R. Trastorno de estrés postraumático Gravedad severa SS. Trastornos del pensamiento CC. Depresión mayor PP. Trastorno delirante

Fuente: adaptado y modificado de Aiken (2003).

Las puntuaciones directas de las escalas se transforman en puntuaciones de prevalencia (PREV), estandarizadas a partir de grupos criterio de población psiquiátrica. Los rangos de PREV permiten establecer criterios de diagnóstico psicométrico. Una PREV de 35 es la media de la población normal (excepto para la escala de hipomanía), una PREV media de 60 a 74 es considerada una media psiquiátrica (indica tendencia), una PREV >75 permite hacer un diagnóstico con el mayor número de verdaderos positivos (posible trastorno o propensión moderada) y una PREV >85 objetiva una probable presencia de trastorno psicopatológico. Remarcar que la obtención de perfiles mediante las escalas de estilos de afrontamiento permite poder clasificar a los sujetos evaluados en uno de los clústeres de los trastornos de la personalidad según el *DSM* (ver capítulo IX), pero no debe catalogarse la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad únicamente en función de una única escala

de estilo de afrontamiento. Los resultados del inventario son interpretables cuando la escala de validez (V) tiene una puntuación directa de 0, sin olvidar de valorar las otras escalas de corrección (deseabilidad social y alteración) para su adecuado análisis. Dicho instrumento presenta propiedades psicométricas adecuadas, mostrando estimaciones de fiabilidad con rangos entre 0,51 y 0,75 para las escalas de trastornos de personalidad y entre 0,71 y 0,90 para las de síndromes clínicos (Aiken, 2003; Millon, Millon, Davis, Grossman, 2006).

4. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)

En el año 1940 fue diseñada la primera edición del MMPI por S. R. Hathaway y J. C. MicKinley —patentada por la Universidad de Minnesota— con el objetivo de evaluar características de personalidad que indicaran anormalidad psicológica en sujetos adultos desde un enfoque empírico. Posteriormente, durante la década de 1980, se llevó a cabo una revisión del inventario con el objetivo de proporcionar normas nuevas y actualizadas; ampliar la base de reactivos de contenido no representados en la versión original; revisar y replantear el lenguaje de algunos de los reactivos existentes que se consideraban anticuados, inconvenientes o sexistas; y proporcionar formas separadas para adultos y adolescentes (Aiken, 2003).

Tabla 17. Escalas clínicas, de contenido y de validez del MMPI-II

ESCALAS CLÍNICAS 1 Hs - Hipocondriasis 2 D - Depresión 3 Hy - Histeria de conversión 4 Pd - Desviación psicopática 5 Mf - Masculinidad-Feminidad 6 Pa - Paranoia 7 Pt - Psicastenia 8 Sc - Esquizofrenia 9 Ma - Hipomanía 10 Si - Introversión social	ESCALAS DE CONTENIDO ANX - Ansiedad FRS - Temores OBS - Obsesividad DEP - Depresión HEA - Preocupaciones por la salud BIZ - Ideas extravagantes ANG - Ira CYN - Cinismo ASP - Prácticas antisociales TPA - Tipo A LSE - Baja autoestima SOD - Incomodidad social FAM - Problemas familiares WRK - Interferencia en el trabajo TRT - Indicadores negativos de tratamiento
ESCALAS DE VALIDEZ F - Infrecuencia L - Mentira K - Posición defensiva (corrección) Vrin - Inconsistencia de la respuesta variable Trin - Inconsistencia de la respuesta verdadera	

Fuente: elaboración propia.

El resultado de dicha revisión fue el MMPI-2, diseñado para utilizarse en diferentes contextos (clínicos y no clínicos) de manera autoadministrada mediante 567 preguntas dicotómicas de verdadero-falso en un tiempo aproximado de 90 minutos de duración y en población adulta. Los resultados de la prueba se presentan mediante siete escalas e índices de validez, diez escalas clínicas, trece escalas suplementarias, quince escalas de contenido y treinta y una subescalas clínicas de Harris y Lingoes (ver parcialmente en tabla 17). El inventario, en cuanto a la interpretación de sus resultados, permite buscar características básicas de la personalidad y variables clínicas a través de las PT obtenidas a partir de las respuestas de todas las escalas de la prueba. Según las distintas elevaciones de las PT, puede sistematizarse su interpretación de la siguiente manera: 1) $PT > 75$, muy altos: en algunos casos son patrones muy altos (menos del 10 % de la muestra de estanda-

rización ha respondido de esta manera), por lo que se tiene que considerar si el sujeto exagera los síntomas o, en el polo opuesto, presenta un malestar muy marcado, por lo que puede representar una solicitud grave de ayuda; 2) $PT =$ de 66 a 75, significativamente altos: presentan significación psicométrica diagnóstica del Eje I o del Eje II; 3) $PT =$ de 56 a 65, moderados: algunas escalas pueden presentar significación psicométrica diagnóstica, y en todos los patrones, aporta información clínica acerca de posible sintomatología o rasgos de personalidad; y 4) $PT =$ de 41 a 55 (o puntuaciones inferiores), medios o bajos: no poseen significación diagnóstica y corresponden a valores esperables en la población general. Pueden significar, en el caso de que las puntuaciones sean muy bajas ($PT < 40$), una voluntad por parte del evaluado de dar una buena imagen de sí mismo, por lo que deben tenerse muy en cuenta las escalas diferentes de validez para su interpretación (Hathaway; McKinley, 2000).

La prueba es interpretable siempre y cuando las escalas de validez no desautoricen el protocolo y, básicamente, cuando el índice de Gough (F-K) sea inferior a 15. Es importante remarcar que la manera correcta de interpretar las escalas del MMPI-2 no es analizando escala por escala, sino interpretando en función del código generado por las escalas clínicas significativas que se obtiene ordenando de mayor a menor las puntuaciones de las escalas clínicas (por ejemplo: 1-3/3-1 para aquellos sujetos que hayan obtenido puntuaciones elevadas en las escalas clínicas 1 Hs y 3 Hy). Ello permite obtener un perfil psicométrico determinado y delimitar la sintomatología común y el tipo de problemática padecida en este tipo de perfiles según las clasificaciones de los trastornos mentales consensuadas. De forma muy resumida, se podría decir que los resultados del MMPI-2 sugieren un trastorno de perfil neurótico/ansioso cuando hay una elevación de la

denominada tríada neurótica (escalas Hs, D y Hy); un perfil de inadaptación o problemas de comportamiento cuando hay una elevación psicométrica significativa de las escalas Pd-Pa; y, finalmente, un trastorno de perfil del espectro psicótico cuando hay una elevación psicométrica significativa de las escalas Pt-Sc-Ma. Las escalas clínicas Mf y Si no se utilizan para poder establecer perfiles psicométricos (Aiken, 2003; Hathaway, McKinley, 2000). No hay que olvidar el integrar los resultados de las escalas de contenido con las escalas clínicas y las denominadas subescalas de Harris y Linges, dado que reflejan mejor la sintomatología actual o transversal del sujeto evaluado.

Por último, destacar que, aproximadamente en enero del año 2019, está prevista la publicación de la 4.^a edición del MMPI-2 por parte de TEA Ediciones, que comportará la elaboración de un nuevo perfil de resultados con cambios y reestructuración en algunas de las escalas existentes. Esta nueva versión, que mantendrá la batería de preguntas y tipificación anterior (no hay cambios en el cuadernillo de preguntas ni la baremación del MMPI-2 actual), tiene como objetivo mejorar la explotación de la información obtenida, así como de la organización del perfil de resultados. Muy brevemente, los cambios introducidos en el futuro perfil del MMPI^R-2 serán la inclusión de nuevas escalas de validez —psicopatología infrecuente (Fp), validez de los síntomas (FBS), sesgo de respuestas (RBS) y autopresentación superlativa (S)—; inclusión de nuevas subescalas de contenido —miedo generalizado (FRS₁) y miedos múltiples (FRS₂)—; inclusión de escalas de personalidad de los cinco grandes factores (ver tabla 18); inclusión de una nueva escala suplementaria (Hostilidad —Ho—); inclusión de ítems críticos; cambio y eliminación de nombre de algunas escalas y subescalas, como la supresión de la escala de trastorno de estrés postraumático; reorganización del perfil de

resultados; y posibilidad de administrar una versión abreviada del inventario (Hathaway; McKinley, 2019).

5. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 reestructurado (MMPI-2-RF)

Este inventario fue elaborado por Yossef S. Ben-Porath y Auke Tellegen (2008), a través de la reestructuración del MMPI-2, con el objetivo de elaborar un conjunto más reducido de escalas independientes entre sí que evaluaran los constructos subyacentes al MMPI-2 de una manera más eficiente —centrada en el contenido— y más coherente en su estructura y organización (Ben-Porath; Tellegen, 2008). De este modo, el MMPI-2-RF proporciona una evaluación eficiente y actualizada de las variables clínicamente relevantes que subyacen al conjunto del MMPI-2, pero se ha reducido considerablemente el número de ítems, quedando un total de 338, así como el tiempo de administración (de 35 a 50 minutos).

La prueba contiene ocho escalas de validez, que permiten al evaluador detectar de manera eficaz posibles motivos de invalidación del protocolo. Por otro lado, la organización de las escalas sustantivas se estructura mediante tres niveles, de más global a más específica. En el primer nivel se desarrollan tres dimensiones globales, que evalúan el funcionamiento global del sujeto evaluado en las áreas emocionales (alteraciones emocionales o internalizadas, EID), conductuales (alteraciones comportamentales o externalizadas, BXD) y de pensamiento (alteraciones de pensamiento, TDH). En segundo lugar, se encuentran las escalas clínicas reestructuradas, que se componen de nueve escalas, las

cuales presentan una información más específica, discriminante y con una interpretación más directa e intuitiva que las escalas clínicas del MMPI-2 (tabla 18). Finalmente, en un tercer nivel, se han elaborado veintitrés escalas de problemas específicos, que proporcionan una información más detallada de la mayoría de escalas clínicas y que se agrupan en somáticas/cognitivas, internalización, externalización e interpersonales. Adicionalmente, la prueba proporciona cinco escalas de personalidad psicopatológica, que representan las cinco grandes dimensiones de personalidad (tabla 18); y también informan sobre el estilo general de los intereses de la persona evaluada (estético-literarios y mecánico-físicos) (Ben-Porath; Tellegen, 2008).

Tabla 18. Escalas clínicas y de personalidad patológica en el MMPI-2-RF

ESCALAS CLÍNICAS REESTRUCTURADAS RCd. Desmoralización RC1. Quejas somáticas RC2. Escasez de emociones positivas RC3. Desconfianza RC4. Conducta antisocial RC6. Ideas persecutorias RC7. Emociones negativas disfuncionales RC8. Experiencias anormales RC9. Activación hipomaníaca	ESCALAS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA AGGR-r. Aresividad-revisada PSYC-r. Psicoticismo-revisada DISC-r. Falta de control-revisada NEGE-r. Emoción negativa / neuroticismo-revisada INTR-r. Introversión / Escasa emoción positiva-revisada
---	---

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la validez del inventario en su conjunto, los estudios empíricos realizados por los mismos autores indican una correcta validez de las nuevas escalas del MMPI2-RF. Asimismo, los coeficientes de consistencia interna y estabilidad de las escalas sustantivas de la prueba son buenos en su gran mayoría, lo que permite determinar una correcta fiabilidad estadística del inventario (Ben-Porath; Tellegen, 2008).

6. Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)

Después de muchos años de intensas investigaciones en los campos académico, clínico y forense —se remontan al principio de la década de los noventa—, en el año 2007 se publicó (*Psychological Assessment Resources*, 1991, 2007) una completa revisión y actualización del Inventario de la evaluación de la personalidad (PAI). Lesley C. Morey, el autor, diseñó una herramienta multidimensional que proporciona una información dimensional sobre variables clínicas y de personalidad en los ámbitos clínico y forense mediante veintidós escalas: cuatro escalas de validez —inconsistencia (INC), infrecuencia (INF), impresión negativa (IMN) e impresión positiva (IMP)—; once escalas clínicas; cinco escalas de consideraciones para el tratamiento —agresión (AGR), ideaciones suicidas (SUI), estrés (EST), falta de apoyo social (FAS) y rechazo al tratamiento (RTR)—; dos escalas de relaciones interpersonales —dominancia (DOM) y afabilidad (AFA)—; y treinta subescalas que proporcionan una información más pormenorizada (ver información parcial de la tabla 19). La escala de AGR contiene, a su vez, tres subescalas adicionales: actitud agresiva (AGR-A), agresiones verbales (AGR-V) y agresiones físicas (-AGR-F) (Morey, 2011).

Tabla 19. Escalas, subescalas clínicas e índices complementarios del PAI en la versión española

ESCALAS CLÍNICAS	SUB-ESCALAS CLÍNICAS
Quejas somáticas (SOM)	Conversión (SOM-C), somatización (SOM-S), hipocondría (SOM-H).
Ansiedad (ANS)	Cognitiva (ANS-C), emocional (ANS-E), fisiológica (ANS-F).
Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)	Obsesivo-compulsivo (TRA-O), fobias (TRA-F), estrés postraumático (TRA-E).

ESCALAS CLÍNICAS	SUB-ESCALAS CLÍNICAS
Depresión (DEP)	Cognitiva (DEP-C), emocional (DEP-E), fisiológica (DEP-F).
Manía (MAN)	Nivel de actividad (MAN-A), grandiosidad (MAN-G), irritabilidad (MAN-I).
Paranoia (PAR)	Hipervigilancia (PAR-H), persecución (PAR-P), resentimiento (PAR-R).
Esquizofrenia (ESQ)	Experiencias psicóticas (ESQ-P), indiferencia social (ESQ-S), alteración del pensamiento (ESQ-A).
Rasgos límites (LIM)	Inestabilidad emocional (LIM-E), alteración de la identidad (LIM-I), relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P), autoagresiones (LIM-A).
Rasgos antisociales (ANT)	Conductas antisociales (ANT-A), egocentrismo (ANT-E), búsqueda de sensaciones (ANT-B).
Problemas con el alcohol (ALC)	No tiene.
Problemas con las drogas (DRG)	No tiene.
ÍNDICES COMPLEMENTARIOS	
Índices de validez Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F) Índice de simulación (SIM) Función discriminante de Rogers (FDR) Índice de defensividad (DEF) Función discriminante de Cashel (FDC)	Índices de riesgos potenciales De suicidio (IPS) De violencia (IPV) De dificultad de tratamiento (IDT) Índices estimados de abuso de sustancias De alcohol (ALC-Est) De drogas (DGR-Est)

Fuente: elaboración propia.

La prueba completa consta de 344 ítems con cuatro opciones de respuesta (falso, ligeramente verdadero, bastante verdadero y completamente verdadero), y está diseñada para que sea autoadministrada en población adulta (mayor de dieciocho años) con una duración aproximada de 45 minutos. Sin embargo, también

existe una versión abreviada del PAI, que consiste en responder únicamente a los primeros 165 ítems del inventario, y que permite obtener únicamente una estimación de la puntuación de sus escalas principales, pero no de las subescalas ni de los índices complementarios. Adicionalmente, el PAI informa al evaluador de aquellos ítems críticos que requieren una intervención inmediata. Las puntuaciones obtenidas se expresan en PT, con una media de 50 y una desviación típica de 10, y estas se calculan a partir de la comparación con una amplia muestra representativa, ya sea de población normal, contexto clínico, contexto forense o muestra estudiantil. Esta gran variabilidad de baremos permite, en función del motivo por el cual se está administrando el PAI, comparar los resultados obtenidos por el sujeto evaluado en función de su muestra más representativa. El inventario no tiene un punto de corte para establecer una significación psicométrica, dado que proporciona una información dimensional de la sintomatología y establece una interpretación de probabilidad de la presencia de trastorno psicopatológico psicométricamente significativo (alerta con verde, tendencia marcada con naranja y tendencia alta con amarillo). Asimismo, la interpretación de los resultados del PAI, mediante las escalas y subescalas clínicas, permite obtener un total de veinticinco perfiles de patrones diagnósticos o prototipo psicométricos de varios síndromes clínicos (quince perfiles del Eje I) y de diez trastornos de la personalidad (según los tres clústeres) (tabla 20, cuyas abreviaciones se especifican en la tabla 19 y durante el primer párrafo del texto que describe el PAI). Cabe remarcar que para la correcta interpretación y obtención de los perfiles prototipo del PAI han de valorarse, en primera instancia, las nueve escalas de validez, tener en cuenta el grupo normativo del sujeto evaluado e interpretar y analizar adecuadamente las escalas y subescalas clínicas en su conjunto (Morey, 2011).

Finalmente, en cuanto a la evaluación de la validez y de la fiabilidad de la prueba, se debe concluir que, según los estudios realizados, ambos son correctos, detectándose una fiabilidad en la adaptación española promedio test-retest de 0,82 y una consistencia interna de sus escalas con coeficientes alfa de Cronbach promedio de 0,78 para la muestra normal y 0,83 para la muestra clínica (Morey, 2011).

Tabla 20. Perfiles prototipo psicométricos según escalas y subescalas clínicas del PAI

Trastornos mentales	Dirección puntuaciones escalas y subescalas clínicas	
	Elevadas	Bajas o normales
Síndromes clínicos		
Esquizofrenia paranoide	ESQ-P; ESQ-S; ESQ-A; PAR-H; PAR-P; PAR-R; MAN-I; ANS	
Esquizofrenia desorganizada	ESQ-S; ESQ-A	ESQ-P
Esquisofrenia indiferenciada	ESQ-S	DOM; AFA; MAN-A
Esquizofrenia residual	ESQ-S	
Trastorno delirante	ESQ-P; PAR-P; MAN-G; SOM-H; SOM-C	ESQ-A
Depresión mayor	DEP-C; DEP-E; DEP-F; ESQ-S; ESQ-A; SUI	MAN-G
Trastorno bipolar tipo I	MAN-A; MAN-G; MAN-I; DOM; RTR	DEP-C; PAR-P; PAR-R
Trastorno bipolar tipo II	MAN-A; MAN-G; MAN-I; DEP-C; DEP-E; DEP-F; LIM-E	
Ansiedad generalizada (patrón I)	ANS-E	ANS-C; ANS-F
Ansiedad generalizada (patrón II)	ANS	TRA; DEP
Trastorno estrés posttraumático	TRA-E; ANS-C; DEP; ESQ-A; ESQ-S; PAR-H; MAN-I; AGR-F	LIM-E

Trastornos mentales	Dirección puntuaciones escalas y subescalas clínicas	
Trastorno somatomorfo (tipo somatización)	SOM-S; ANS-E; DEP-E; LIM-P; FAS	
Trastorno somatomorfo (tipo conversión)	SOM-C; AFA; IMP	DEP-E; DOM; AGR
Trastorno identidad disociativo	TRA-E; LIM-E; IMN	
Trastorno explosivo intermitente	AGR-A; AGR-F; DEP-C	AGR-V
Trastornos adaptativos	EST; ANS; DEP; SOM; TRA-E	ESQ; MAN; PAR; LIM; ANT; ALC; DRG
Trastornos de personalidad	Elevadas	Bajas o normales
Paranoide	PAR-H; PAR-R; ESQ-S; AGR-A	AFA
Esquizoide	ESQ-S	AFA; LIM-E
Esquizotípico	ESQ-A; ESQ-S; PAR-P; TRA-F	AFA
Antisocial	ANT-A; AGR-F; DRG	ANS-E; TRA-F
Límite	LIM-E; LIM-I; LIM-P; LIM-A; SUI; DEP-C; TRA-E	IMP; RTR
Histriónico	IMP; AFA; LIM-E; SOM; ANT-E	AGR-V
Narcisista	MAN-G; ANT-E; DOM	AGR-V
Evitación	TRA-F	ANT-B; DOM; AFA
Dependencia	AFA	DOM; AGR-V; MAN-G
Obsesivo-compulsivo	TRA-O	AFA; LIM-E

Fuente: adaptado y modificado de Morey (2011).

Abreviaciones de escalas y subescalas clínicas. Especificadas en la tabla 19 y en el texto.

Bibliografía

- Aiken, L. R.** (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Prentice Hall.
- Ben-Porath, Y. S.; Tellegen, A.** (2008) *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 reestructurado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez-Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (coords.) (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Derogatis, L. R.** (2011). *SCL-90-R. Test de los 90 síntomas*. Madrid: Editorial Pearson.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2017). *Evaluación psicológica* (7.^a ed.) Madrid: Pirámide.
- Hathaway, S. R.; McKinley, J. C.** (2000). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2: MMPI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hathaway, S. R.; McKinley, J. C.** (2019). *Inventario multifásico de personalidad de MinnesotaR-2: MMPIR-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Krug S. E.** (1994). *Cuestionario de análisis clínico (CAQ)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Millon T.; Millon, C.; Davis, R. y otros** (2006). *Inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: Pearson Ediciones.
- Morey, L.C.** (2011). *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

Capítulo VI

Evaluación de los trastornos afectivos

Belén Hermoso, Abigail Mora, Joan Deus Yela

La exploración de la afectividad constituye una de las áreas más importantes en psicopatología y también de las más difíciles para el psicólogo clínico-sanitario. De las más importantes debido a su alta prevalencia entre la población y a la interferencia que provoca tanto en la vida del paciente como en todo su entorno, llegando incluso a un alto riesgo de suicidio en sus formas más graves. También es de las más difíciles debido a la falta de precisión y de criterio en la delimitación de la fenomenología afectiva (Crespo, 2015). Durante el siglo XIX, la psicopatología de la afectividad se mantuvo en un segundo plano debido a que los clínicos-sanitarios de la época se decantaban, en mayor medida, por los estudios de las funciones intelectuales y sus trastornos, y a que las emociones se consideraban el estado más bajo y oculto del ser humano. En raras ocasiones se mencionaban los síntomas afectivos en la descripción de los trastornos mentales. A lo largo del siglo XX, conceptos como *manía* y *melancolía* se consolidaron, dando lugar a una serie de síndromes clínicos, algunos de ellos tal y como se conocen hoy en día. Esto fue posible gracias a la obra de autores como Kraepelin, quien consideró la depresión y la manía como una misma entidad, estableciendo la enfermedad maniaco-depresiva, culminando con las propuestas de Angst y Perris, según las cuales la depresión unipolar se distingue del trastorno bipolar, propuesta aceptada por el *DSM-III* en 1980, lo que dio lugar a su incorporación de forma definitiva en los sistemas de clasificación. Lo que hoy se conoce como trastornos afectivos

tivos nace, pues, de la combinación de conceptos y conductas, tanto objetivas como subjetivas, que dotan al trastorno de una naturaleza afectiva donde el paciente experimenta internamente, en primer lugar, su estado afectivo, para después expresarlo de forma externa (Berrios; Luque, 2011).

1. Semiología de los trastornos afectivos

La evaluación de los trastornos afectivos, como en cualquier otro tipo de trastornos, consta de varias fases que implican un proceso de toma de decisiones y de solución de problemas, y este se inicia cuando un paciente o un grupo de sujetos reclaman los servicios del clínico-sanitario. Este hecho, a su vez, implica una serie de actividades, tanto científicas como profesionales, que pretenden dar respuesta a dicha demanda (Fernández-Ballesteros, 2017). Es un proceso que no está exento de dificultades relacionadas con la recogida de información y con los instrumentos utilizados para obtener dicha información. No cabe duda de que la aparición de los sistemas de clasificación ha contribuido a un mayor conocimiento de la psicopatología de los trastornos afectivos. Los síntomas de los trastornos afectivos están descritos y categorizados según unos criterios diagnósticos, siendo los más utilizados en la actualidad el DSM-5 y la CIE-10, lo que permite un lenguaje y un código común entre profesionales al disponer de unos criterios aceptados universalmente (tabla 21) (Crespo, 2015).

Tabla 21. Clasificación y descripción de los trastornos afectivos según el *DSM-5*

Clasificación	Descripción
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.	Accesos de cólera graves y recurrentes manifestados verbal y conductualmente (entre seis y dieciocho años).
Trastorno de depresión mayor. • Episodio único. • Episodio recurrente.	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días.
Trastorno depresivo persistente (distimia).	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, durante un mínimo de dos años.
Trastorno disfórico premenstrual.	Presencia de labilidad, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, ansiedad, letargo, apatía... durante la mayoría de los ciclos menstruales, mejorando unos días después del inicio de la menstruación y desapareciendo una semana después de esta.
Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.	Alteración importante y persistente del estado de ánimo desarrollada durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o exposición a un medicamento.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica.	Período importante y persistente de estado de ánimo deprimido como consecuencia de otra afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado.	Predominio de síntomas característicos de un trastorno depresivo que no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos, indicando el motivo específico.
Trastorno depresivo no especificado.	Predominio de síntomas característicos de un trastorno depresivo que no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos, sin indicar el motivo específico.
Trastorno bipolar I.	Existencia de uno o más episodios maníacos (aumento anormal y persistente del estado de ánimo y la actividad) o episodios mixtos durante al menos una semana, presente la mayor parte del día y casi todos los días.

Clasificación	Descripción
Trastorno bipolar II.	Existencia de episodios depresivos mayores, actuales o pasados junto con episodios hipomaníacos.
Trastorno ciclotímico.	Alteración del estado de ánimo y fluctuaciones que comprenden períodos de síntomas hipomaníacos y periodos de síntomas depresivos durante, al menos dos años, que no cumplen criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o mixto.
Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos.	Estado de ánimo anormalmente elevado, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución notable del placer, desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o exposición a un medicamento.
Trastorno bipolar debido a otra afección médica.	Período importante y persistente de elevación anormal del estado de ánimo y la actividad como consecuencia de otra afección médica.
Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado.	Predominio de síntomas característicos de un trastorno bipolar que no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares, indicando el motivo específico.
Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.	Predominio de síntomas característicos de un trastorno bipolar que no cumple todos los criterios de alguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares, sin indicar el motivo específico.

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014).

No obstante, no hay que perder de vista que la evaluación de dichos trastornos no debe basarse únicamente en criterios diagnósticos, siendo esta una mera aproximación más o menos precisa, ni limitarse simplemente a la exploración del afecto. El clínico-sanitario debe ser sensible a ciertos aspectos que el paciente manifiesta abiertamente, infiriendo o interpretando la información recibida, pero también a aquellos de los que el

paciente no informa y que resultan clínicamente muy relevantes. Apariencia física, conducta durante la entrevista, inhibición o agitación psicomotora, curso y contenido del pensamiento, lentitud o pobreza de lenguaje, o falta de respuesta a estímulos ambientales son básicos en algunos trastornos afectivos (Crespo, 2015; Vázquez, Sanz, 1995).

2. La entrevista clínica en la fase inicial del proceso de evaluación

La entrevista clínica durante la anamnesis clínica es el procedimiento esencial para obtener los signos anteriormente descritos. Esta es la primera toma de contacto entre paciente y clínico-sanitario, y los primeros minutos de la entrevista clínica son decisivos para el establecimiento de una buena alianza terapéutica, así como para obtener las primeras impresiones diagnósticas, formular el caso, establecer las hipótesis iniciales y tomar las primeras decisiones del proceso de evaluación que se va a realizar. La entrevista clínica con el paciente puede convertirse en una tarea complicada dependiendo del tipo de problema que este presente. Su pasividad, negativismo o las dificultades generales de interacción pueden generar frustración y malestar en el evaluador. Un conocimiento a fondo de la fenomenología y clínica del problema, así como de la conducta del paciente, puede paliar estas dificultades. Por ello, es esencial establecer una relación empática en los primeros contactos, mostrar calidez, respeto y apoyo incondicional, sin culpabilizar o juzgar, siendo capaces de experimentar lo que está experimentando el paciente (Crespo, 2015; Vázquez, Sanz, 1995).

Tabla 22. Características clínicas de los trastornos afectivos

	Trastorno depresivo	Trastorno bipolar
Síntomas afectivos	• Tristeza • Abatimiento • Irritabilidad, nerviosismo • Apatía, anhedonia	• Estado de ánimo elevado, euforia • Irritabilidad • Suspiciousidad • Hiperactividad general • Excitación • Hostilidad
Síntomas conductuales	• Dificultades en la toma de decisiones • Inhibición/agitación conductual y motivacional • Tendencia al llanto • Intento de suicidio	• Energía desbordante • Logorrea • Hiperactividad sexual • Temeridad • Descontrol de impulsos • Aspecto descuidado o poco aseado
Síntomas cognitivos	• Déficit de atención y concentración • Enlentecimiento • Autodesprecio, autculpa • Ideación suicida	• Habla rápida, incluso incoherente • Fantasías e ideas delirantes • Fuga de ideas
Síntomas somáticos	• Insomnio/hipersomnía • Fatiga • Anorexia, pérdida de peso • Disfunciones sexuales • Molestias corporales	• Hiperactivación • Problemas de sueño • Aumento del apetito
Síntomas interpersonales	• Aislamiento	• Intromisión y ejercicio de control sobre los demás • Resistencia a la crítica • Agresividad

Fuente: adaptado y modificado de Vázquez y Sanz (1995).

Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, los sistemas de clasificación establecen una serie de criterios como requisito en el diagnóstico de los trastornos afectivos que permiten homogeneizar los criterios entre diferentes profesionales. No obstante, en la evaluación clínica de los trastornos afectivos es recomendable prestar atención a las manifestaciones (síntomas y signos) y percepciones del propio sujeto respecto a su problema,

así como a la heterogeneidad de síntomas y signos que presenta, priorizando aquellos aspectos que generan mayor interferencia en la funcionalidad del paciente (tabla 22).

La entrevista clínica debe ir dirigida a analizar la causa —o causas— que permita explicar la situación actual del paciente, pudiendo ser esta de naturaleza psicológica u orgánica, a través de la información referida por el propio paciente, por su entorno o inferida a partir de la entrevista clínica. Se debe ser cauto debido a la subjetividad implícita, examinando todas las pruebas de las que dispone el evaluador para realizar un análisis lo más objetivo posible desde una perspectiva más amplia, teniendo en cuenta no simplemente la presencia o ausencia de síntomas, sino también la presencia de otras variables que pueden modular el desarrollo del trastorno y que también son objeto de evaluación. Entre ellas cabe mencionar: a) la duración del episodio, presencia de síntomas, comorbilidad; b) la esfera psicosocial; c) el grado de interferencia funcional; y d) sobre todo el riesgo de suicidio (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Si la entrevista clínica con adultos presenta ciertas dificultades, la entrevista con pacientes de la tercera edad no está exenta de estas y otras complejidades añadidas. Uno de los primeros escollos se encuentra en la dificultad que presentan los ancianos a la hora de reconocer o expresar sus sentimientos, y como consecuencia el problema para determinar una sintomatología depresiva, lo cual dificulta el diagnóstico del trastorno (Bellot, 1992). De igual modo, la presencia de enfermedades físicas puede enmascarar el trastorno, atribuyendo la sintomatología a la etapa involutiva en la que el paciente anciano se encuentra, a la presencia de dichas enfermedades o al tratamiento de las mismas, restándole importancia, tanto por parte del clínico como de la propia familia y entorno del paciente, con el pretexto de que son

«cosas de la edad». Por todo ello, en la evaluación de pacientes de la tercera edad se deben tener en consideración los aspectos siguientes (Franco; Sanmartín; Guija y otros, 2003):

1) Aceptación y buen trato para aumentar la empatía con el paciente.

2) Controlar las posibles distorsiones del clínico-sanitario respecto al cuadro sintomatológico que presenta el paciente y la probabilidad de éxito de la intervención.

3) Evaluar el entorno familiar y comunitario del paciente, estableciendo una intervención adecuada con el objetivo de evitar que dicho entorno mantenga con sus actuaciones el problema del paciente anciano.

4) Adaptar los cuestionarios a las posibilidades y capacidades del paciente, prescindiendo de ellos si esto no fuera posible y desarrollando otro métodos de evaluación.

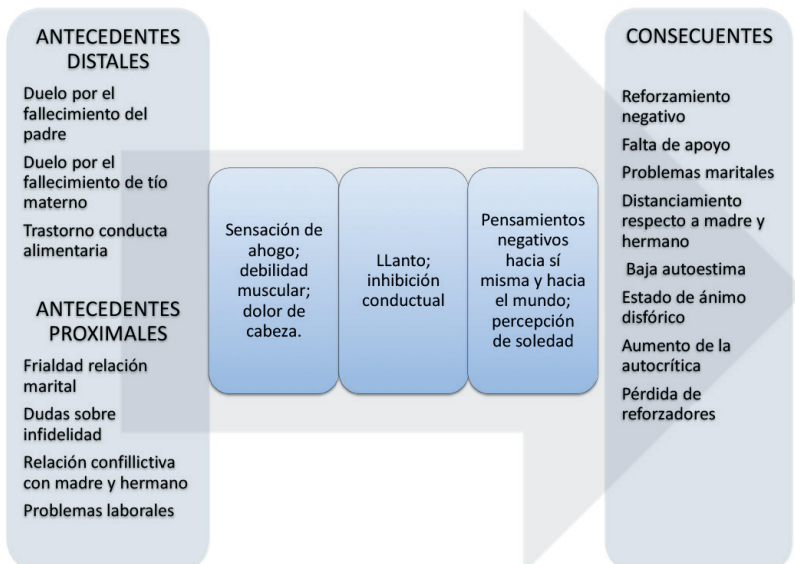
5) Ampliar los contenidos de la evaluación tradicional, incluyendo historial médico, farmacoterapia actual y pasada, presencia de síntomas orgánicos, recursos socioeconómicos, de salud y autonomía personal, entre otros.

3. El análisis funcional

Una vez realizada la entrevista, conviene establecer las respuestas que manifiesta el paciente a nivel cognitivo, conductual y fisiológico, e identificar los estímulos que desencadenan dichas respuestas. Dicha información puede recabarse durante la historia del problema descrito por el paciente o familiares. En primer lugar, hay que registrar las situaciones específicas en las que se dan

cierto tipo de conductas. En segundo lugar, se deben determinar los estímulos cognitivo-verbales o emocionales que desencadenan igualmente este tipo de conductas desadaptativas. Posteriormente, cabe estudiar si las respuestas del paciente se mantienen por sus consecuencias reforzantes, positivas o negativas, y su relación de contingencia. En el proceso de evaluación, no se deben olvidar las variables del organismo (según modelos conductuales), tales como el nivel cultural, actividades de ocio, tasa de refuerzo, ideas irracionales o distorsiones cognitivas, habilidades sociales y estilo atribucional, entre otras (Fernández-Ballesteros, 2017).

Figura 3. Ejemplo de análisis funcional en un trastorno afectivo



Fuente: elaboración propia.

La información recabada a partir de la entrevista clínica y el análisis funcional permitirá la elaboración de una primera hipótesis del problema, de modo que el clínico-sanitario podrá procesar toda la

sintomatología manifestada por el paciente y delimitar el síndrome clínico adecuadamente dentro de los principales trastornos afectivos categorizados en los manuales diagnósticos. Además, será de gran utilidad a la hora de guiar el proceso de evaluación mediante la administración de cuestionarios o pruebas psicométricas, así como la definición de objetivos y el diseño del programa de intervención (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

4. Técnicas psicométricas para evaluar los trastornos afectivos

Las técnicas psicométricas constituyen el grueso de la evaluación en nuestra disciplina. Una vez formuladas las primeras hipótesis e identificadas las áreas problemáticas, se deben plantear qué técnicas se van a utilizar para operacionalizar dichas hipótesis, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso. El proceso de evaluación de los trastornos afectivos contempla un sistema de medición específica que consiste en la administración de escalas estandarizadas específicas que permiten evaluar la intensidad de la sintomatología que presenta el sujeto en un momento determinado y la gravedad del trastorno, así como la respuesta del paciente al tratamiento. Son de gran utilidad, aunque ha de tenerse en cuenta que estas pruebas estandarizadas no tienen una finalidad diagnóstica, su carácter es meramente exploratorio y descriptivo. Estas suponen una recogida de información complementaria a la información obtenida en la exploración del estado mental realizada previamente (ver capítulo II), a los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas de psicodiagnóstico general (ver capítulo V) y al juicio clínico del profesional, y no deben, bajo ningún

concepto, sustituir a la entrevista clínica. Entre las técnicas disponibles se mencionan las escalas heteroaplicadas, aquellas en las que es el evaluador quien estima cada ítem según su juicio clínico, y las autoaplicadas, en las que el propio paciente escoge y evalúa cada ítem según su estado actual (Aiken, 2003; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). Existen numerosos test en la evaluación empleados frecuentemente en la exploración de los trastornos afectivos y otras variables relevantes implicadas (tabla 23). No obstante, solo se describirán brevemente algunos de ellos, pues excede del presente capítulo un análisis pormenorizado de los mismos.

Tabla 23. Escalas frecuentemente empleadas en la evaluación de los trastornos afectivos

Trastorno depresivo
• Inventario de depresión de Beck (BDI). • Escala de depresión de Hamilton (HRSD). • Escala de depresión de Zung (SDS). • Cuestionario de trastornos del humor (MDQ). • Listado de sentimientos y preocupaciones depresivas (CFCL). • Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS). • Escala de Carroll para la depresión (CRS). • Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). • Lista de adjetivos para evaluar la depresión (DACL). • Inventario de depresión multipuntuable. • Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE). • Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). • Escala de evaluación de la distimia de Cornell (CDRS). • Escala de depresión de Calgary (CDS). • Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD). • Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). • Escala de anhedonia física (PAS). • <i>Depressive Life Experience</i> (DLES). • Cuestionario de habilidades sociales (CHS) de Segura. • Escala de asertividad de Rathus. • Escala de eventos reforzantes de McPhall y Lewinshon. • Escala de refuerzos de Cautela y Kastenbaum. • Escala de estilo atribucional de Seligman. • Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck. • Escala de pensamientos negativos de Cautela y Upper. • Escala de autocontrol de Rosenbaum. • Escala de autorrefuerzo de Heiby y Campos.

Trastorno bipolar
• Escala de valoración de la manía por clínicos (CARS-M). • Escala de manía de Bech-Rafaelsen (MAS). • Escala autoaplicada de manía de Altman (ASRM). • Listado de síntomas de hipomanía-32 (HCL-32). • Escala para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar (BEDS).

Fuente: García-Portilla (2008) y Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes (2014).

4.1. Inventario de depresión de Beck (BDI)

El BDI es uno de los test más utilizados en la detección y cuantificación de la sintomatología depresiva y su gravedad. Contempla los factores somáticos (27 % de los ítems), afectivos (9 % de los ítems) y verbales/cognitivos (64 % de los ítems) del trastorno afectivo, con mayor peso en el último. Es un inventario autoaplicado que consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad; evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos. Cada ítem se valora de 0 a 3, obteniendo una puntuación total de 63, estableciéndose su severidad en los siguientes intervalos: de 0 a 9 puntos indica un estado no depresivo; de 10 a 15 refleja depresión media; de 16 a 23, depresión moderada; y de 24 a 63, depresión severa. El BDI ha sido adaptado y validado al castellano (García-Portilla, 2008; Portilla y otros, 2014).

4.2. Escala de depresión de Hamilton (HRSD)

La HRSD es una escala heteroaplicada, considerada una entrevista semiestructurada, diseñada para evaluar la intensidad o gra-

vedad del cuadro depresivo. La versión original está formada por 21 ítems, aunque posteriormente se realizaron otras versiones de 17 ítems, de 24 ítems y de 6 ítems. La suma de las puntuaciones de cada ítem proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro, y se evalúa la presencia o ausencia de melancolía, de ansiedad, alteraciones del sueño y vitalidad. Por tanto, el rango oscila entre 0 y 52 puntos. Por debajo de 6 puntos se considera al individuo no depresivo; de 7 a 17 refleja depresión media; de 18 a 24, depresión moderada; y más de 25 puntos se considera depresión severa. Es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de pacientes internos y en los estudios de resultados de tratamiento con fármacos (García-Portilla, 2008; Portilla y otros, 2014).

4.3. Escala de depresión de Zung (SDS)

La SDS es una escala autoaplicada que consta de 20 ítems, la mitad de ellos redactados en tono depresivo o negativo («Me siento triste») y la otra mitad en tono no depresivo o positivo («Siento que soy útil y me necesitan»). Los temas reflejados en los 20 ítems se agrupan en cuatro esferas: depresiva, biológica, psicológica y psicosocial, evaluadas según una escala Likert de 1 a 4 puntos con extremos tipo «nunca o casi nunca» y «la mayor parte del tiempo». Así, contempla aspectos emocionales o fisiológicos (65 %) y actitudes o síntomas verbales/cognitivos (15 %) del trastorno afectivo. La SDS considera depresión ausente entre 20 y 35 puntos; depresión subclínica y variantes normales entre 36 y 51 puntos; depresión media-severa entre 52 y 67; y depresión grave (opcionalmente hospitalizable) entre 68 y 100 puntos. Está adaptada y validada al español y es, junto con el BDI, la escala autoaplicada más utilizada en la evaluación de la depresión, aun-

que es poco sensible al cambio terapéutico (García-Portilla, 2008; Portilla y otros, 2014).

4.4. Cuestionario de trastornos del humor (MDQ)

El MQD es un cuestionario para la detección de los trastornos del espectro bipolar. Es un inventario autoaplicado de 13 ítems en forma de respuesta dicotómica, donde el paciente debe responder sí o no, y posteriormente, responder a cuatro cuestiones más referentes a la presencia simultánea de varios síntomas, repercusión y antecedentes personales y familiares. Adaptado y validado al español. El punto de corte se establece en respuesta afirmativa a siete o más de las trece afirmaciones formuladas (García-Portilla, 2008; Portilla y otros, 2014).

4.5. Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS)

Escala heteroaplicada que consta de 11 ítems puntuados por el clínico en función de las manifestaciones del paciente y su propia observación. Dado que evalúa los síntomas de la manía, su uso no es recomendable en pacientes con trastorno bipolar II. La puntuación de los ítems oscila entre 0 y 4, y entre 0 y 8 puntos, obteniéndose una puntuación total de 60 puntos. Un resultado inferior a 6 puntos es compatible con eutimia; entre 7 y 20 puntos es compatible con episodio mixto, y más de 20 puntos es compatible con episodio maníaco. Está validada en español (García-Portilla, 2008; Portilla y otros, 2014).

5. Técnicas psicométricas para evaluar el suicidio en los trastornos afectivos

Los trastornos afectivos son uno de los trastornos mentales asociados en mayor medida a la conducta suicida. El riesgo de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor es hasta veinte veces mayor que en la población general y está hasta quince veces por encima de los casos de pacientes con trastorno bipolar (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2011). El objetivo más delicado es evaluar los riesgos de suicidio, teniendo en cuenta los intentos previos, el nivel de planificación, la disponibilidad de fármacos peligrosos o la presencia de avisos o amenazas por parte del paciente que indiquen la posibilidad de la ejecución de la conducta suicida. La conducta suicida es el resultado de la interacción de factores tanto biológicos como psiquiátricos, psicosociales y sociodemográficos (Rutz, 2011). Por ello, han de considerarse los siguientes aspectos: a) intentos previos de suicidio; b) antecedentes de suicidio en el entorno familiar; c) abuso-dependencia de sustancias (alcohol u otras drogas); d) síntomas de estrés vital, impulsividad y desesperanza; y e) bajo apoyo social.

En caso de que aparezca la conducta suicida, se debe actuar directa y rápidamente para intentar impedirlo, y ponerse en contacto con la familia a fin de obtener más información y comprobar su grado de colaboración en el control de dicha conducta. Asimismo, especialmente en estados maníacos y mixtos, la desinhibición, variabilidad e impulsividad que caracteriza la conducta de estos pacientes requiere, por parte del profesional, una evaluación de los riesgos de autolesión o heteroagresión. A continuación, se muestran algunos instrumentos para evaluar la ideación y la tentativa suicida, así como la posibilidad de conductas violentas (tabla 24).

Tabla 24. Instrumentos de evaluación de ideación y conducta suicida

Escala de desesperanza de Beck (HS)	• Evalúa las expectativas de la persona sobre su futuro. • 20 ítems. • Autoaplicada.
Escala de ideación suicida (SSI)	• Evalúa la gravedad de la ideación suicida. • 19 ítems. • Heteroaplicada.
Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)	• Evalúa las características de la tentativa suicida. • 20 ítems. • Heteroaplicada.
Escala de riesgo de violencia de Plutchik (RV)	• Evalúa las conductas violentas. • 12 ítems. • Autoaplicada.
Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS)	• Evalúa el riesgo suicida. • 15 ítems. • Autoaplicada.
Inventario de razones para vivir (RFL)	• Evalúa las razones del sujeto para vivir. • 48 ítems. • Autoaplicada.

Fuente: García-Portilla (2008) y Portilla y colaboradores (2014).

Bibliografía

- Aiken, L.** (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Prentice Hall.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.^a ed.) Madrid: Panamericana.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Bellot, J. C.** (1992). «Conducta a seguir ante los estados depresivos en el anciano». *Vie Medicina Geriátrica* (vol. 17, págs. 10-14).
- Berrios, G. E.; Luque, R.** (2011). «Historia de los trastornos afectivos». *Revista Colombiana de Psiquiatría* (vol. 40, n.º 5, págs. 130-146).
- Crespo, J. M.** (2015). «Psicopatología de la afectividad». En J. Vallejo (ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.^a ed.) Barcelona: Editorial Masson.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2017). *Evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Franco, M. D.; Sanmartín, A.; Guija, J. y otros** (2003). «Dificultades de evaluación de los trastornos afectivos del anciano». *Revista Española de Psicogeriatría* (vol. 3, n.º 1, págs. 12-16).
- García-Portilla, M.** (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Organización Mundial de la Salud** (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Portilla, M.; Bascarán, M.; Sáiz, P. y otros** (2014). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.^a ed.) Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.
- Rutz, W.** (2011). «Preventing suicide and premature death by education and treatment». *Journal of Affective Disorders* (vol. 62, n.º 1-2, págs. 123-129).

Vázquez, C.; Sanz, J. (1995). «Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos». En: A. Belloch; B. Sandín; F. Ramos (eds.) *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, págs. 299-340). Madrid: McGraw Hill.

Capítulo VII

Evaluación de los trastornos de ansiedad y del trastorno obsesivo-compulsivo

Susanna Garcia, Laura Forcano

La ansiedad es una emoción que aparece habitualmente ante situaciones ambiguas y genera reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales como respuesta al estímulo que es percibido como potencialmente amenazante. Si bien esta es una reacción adaptativa, se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación o demasiado prolongada en el tiempo. Los trastornos de ansiedad constituyen una de las alteraciones emocionales más comunes en la población general, tanto adulta como infantil, con prevalencias entre el 14 % y el 18 % y entre el 5 % y el 10 %, respectivamente. El período de edad de seis a veintiún años es en el que se inician la mayoría de los trastornos de ansiedad. Asimismo, representa uno de los trastornos comórbidos más frecuentes, por lo que la adecuada caracterización de su sintomatología, así como la severidad de esta, es fundamental para su correcto diagnóstico psicológico (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

1. Descripción, epidemiología y factores etiológicos

El diagnóstico sindrómico de los trastornos de ansiedad se realiza mediante la aplicación de los criterios de los principales manuales diagnósticos, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastor-*

nos mentales (DSM-5) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014) o la *Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)*, a partir de los antecedentes clínicos y la sintomatología que muestra el paciente. El *DSM-5* incluye diversos trastornos de ansiedad (tabla 25) y reserva un apartado íntegro al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), reconociendo su expresión clínica distintiva. No obstante, tanto los trastornos de ansiedad como el TOC comparten un componente ansioso importante. Por este motivo, en el presente capítulo se muestran los métodos de evaluación de ambos diagnósticos de forma conjunta. Los trastornos de ansiedad más prevalentes son las fobias específicas y las fobias sociales, seguidas del trastorno de ansiedad generalizada. Las tasas de prevalencia por sexo varían en función del trastorno de ansiedad, si bien las mujeres muestran mayores niveles de ansiedad. La etiología es multifactorial y se acepta una transacción entre los diversos factores, entre los que se incluyen los genéticos, temperamentales, exposición a acontecimientos estresantes, influencia del aprendizaje y sesgos cognitivos o distorsiones (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Tabla 25. Descripción y prevalencia de los principales trastornos de ansiedad

Trastorno	Descripción	Prevalencia
Trastorno de pánico	Aparición, temporal o aislada, de miedo o malestar intenso y recurrente que se acompaña de como mínimo cuatro síntomas de sobreactivación psicofisiológica.	2-4 %
Agorafobia	Miedo o ansiedad intensa respecto al control de la ansiedad en situaciones agorafóbicas que se evitan o generan dependencia externa.	6 %
Fobia específica	Miedo intenso, desproporcionado y persistente respecto a la anticipación o presencia de un objeto o situación que se evita o se afronta con intensa ansiedad.	10 %

Trastorno	Descripción	Prevalencia
Fobia social	Ansiedad intensa en relación con la exposición en situaciones sociales o la valoración negativa por parte externa.	13-16 %
Trastorno por ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva y persistente respecto a acontecimientos o actividades, y que se asocia a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.	5-7 %
Trastorno obsesivo-compulsivo	Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se viven de forma intrusiva y que generan un malestar significativo. Pueden acompañarse de comportamientos o actos mentales para prevenir o reducir el malestar.	2-3 %

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014) y Rodríguez-Jimenez (2015).

En la exploración de los trastornos de ansiedad se utilizan escalas de evaluación clínica que ayudan a determinar la gravedad y frecuencia de los síntomas presentados, resultando útiles en el ámbito clínico y en estudios de investigación. Tanto las entrevistas como las medidas subjetivas proporcionan información rápida, razonable y fiable. Asimismo, en el ámbito clínico se utilizan habitualmente de forma complementaria los anteriormente mencionados autoinformes, autorregistros, test de evitación conductual y registros psicofisiológicos, que facilitan tanto la caracterización del cuadro clínico como el seguimiento del progreso de este (Caballo, 2005). No hay que olvidar el posible uso de instrumentos genéricos o multidimensionales (ver capítulo V) en el proceso de evaluación de dichos trastornos.

2. Entrevistas diagnósticas estructuradas

Las entrevistas diagnósticas estructuradas, fundamentadas en el sistema de categorización del *DSM*, permiten la inclusión fiable del paciente en una categoría diagnóstica. Son especialmente utilizadas en estudios clínicos, ya que facilitan la homogeneización de la muestra. En el ámbito clínico de la ansiedad, permiten la identificación de los diferentes cuadros clínicos con mayor precisión y plantear un orden de priorización de técnicas en la intervención terapéutica (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

La entrevista estructurada, según el *DSM-IV* (*SCID-I*) (Spitzer; Williams; Gibson y otros, 1992), es la más utilizada en estudios clínicos. Es adecuada para evaluar el trastorno de pánico y la agorafobia. Valora situaciones en las que el paciente presenta malestar, el grado de miedo y la evolución cronológica de la fobia. El Protocolo de entrevista de trastornos de ansiedad (ADIS-R) (Nardo; Barlow, 1988) es una entrevista estructurada para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de ansiedad. Adapta ítems de las escalas de la SADS, del examen del estado actual (PSE) y de las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton (HAS, HRDS). Determina la intensidad del miedo, de la evitación experimentada en diversas situaciones, de los estímulos específicos asociados a las mismas y del grado de interferencia en la vida cotidiana, con una visión longitudinal. Presenta buena fiabilidad para la agorafobia con ataques de pánico, el trastorno de pánico y la fobia social, pero no así para el trastorno de ansiedad generalizada.

La Escala de esquizofrenia y trastornos afectivos-versión ansiedad durante toda la vida (SADS-LA) (Mannuzza; Fyer; Klein, 1986) es una entrevista semiestructurada, heteroadministrada que requiere de una hora y media a tres horas de duración. Aporta una

descripción de la sintomatología psicopatológica cronológica. En relación con la ansiedad, presenta un cuestionario de fobias y de desesperanza asociada a las mismas. Se recoge una línea de vida con acontecimientos vitales y diagnósticos recibidos.

3. Autorregistros

Representan una descripción de las experiencias reales vividas por el paciente en su interacción con el medio. Permiten la detección no solo de las situaciones problemáticas y de la intensidad del malestar asociado, sino también de elementos antecedentes, desencadenantes y mantenedores de la clínica, que serán motivo de intervención terapéutica. La calidad de la descripción estará en dependencia de la posibilidad de anotación en tiempo real y de la comprensión del mecanismo relacionado con la conducta ansiosa. Al ser una medida descriptiva, suele utilizarse como complemento en la valoración, ya que tiene una utilidad más terapéutica que diagnóstica. Está especialmente indicada para el abordaje de trastornos de ansiedad social con componente fóbico. La eficacia en trastornos de ansiedad es todavía muy provisional (Caballo, 2005; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013).

4. Inventarios y cuestionarios

Son los instrumentos más utilizados en la práctica clínica para complementar la entrevista clínica e inventarios multidimensionales o genéricos de exploración psicopatológica. Por su especi-

ficidad y fiabilidad, permiten identificar la presencia de clínica, lo que ayuda al diagnóstico y a determinar la intensidad de la sintomatología. Pueden ser utilizados como medidas de evolución terapéutica. A continuación se describe una selección de instrumentos de evaluación con las mejores propiedades psicométricas y adaptación española.

Tabla 26. Protocolo básico para la evaluación de los trastornos de ansiedad

Evaluación diagnóstica estructurada
SCID-I ADIS-R
Instrumentos de evaluación diagnóstica
Test según entidad nosológica: • Fobias específicas: FSS-III, FQ • Ansiedad social: FNE, SPAI, LSAS • Ataques de pánico o agorafobia: MI, ACQ, IA • Trastorno de ansiedad generalizada: STAI, HAD, PSWQ • Trastorno obsesivo-compulsivo: Y-BOCS, CAC
Instrumentos complementarios a la evaluación y dirigidos a la intervención
Test según entidad nosológica: • Aorafobia o ataques de pánico: MI, ACQ, IA, SESA • Trastorno de ansiedad generalizada: PSWQ • Trastorno obsesivo-compulsivo: Y-BOCS, MOCI • Registros conductuales y autorregistros

Fuente: elaboración propia.

Nota. SCID-I (Entrevista estructurada para el *DSM-IV*); ADIS-R (Protocolo de entrevista de trastornos de ansiedad); FSS-III (Inventario de temores); FQ (Cuestionario de miedos); FNE (Escala de miedo a la evaluación negativa); SPAI (Inventario de ansiedad y fobia social); LSAS (Escala de ansiedad social de Liebowitz); MI (Inventario de movilidad); ACQ (Cuestionario de cogniciones agorafóbicas); IA (Inventario de agorafobia); STAI (Cuestionario de ansiedad estado-rasgo); HAD (Escala hospitalaria de ansiedad y depresión); PSWQ (Inventario de preocupación de Pensilvania); Y-BOCS (Escala Obsesivo-compulsiva de Yale-Brown); CAC (Inventario de actividades compulsivas). ACQ (Cuestionario de cogniciones agorafóbicas); SESA (Escala de autoeficacia para la agorafobia); PSWQ (Inventario de preocupación de Pensilvania) MOCI (Absesiones-compulsiones de Maudsley).

4.1. Evaluación de fobias específicas

El primer instrumento es el Inventario de temores (FSS-III), elaborado por Wolpe y Lang (1964) en su versión original. La adaptación española fue desarrollada por Carrobbles y colaboradores (1986). Consta de 72 ítems con un tipo de respuesta Likert de 1 a 4 y un tiempo de aplicación de 40 minutos. Evalúa el grado de malestar respecto a cinco grupos diferentes de temores: temor a animales pequeños, temor a la muerte, temor al dolor físico y a intervenciones quirúrgicas, temor relacionado con la agresión y temor en situaciones interpersonales. Otro instrumento que destacar es el Cuestionario de miedos (FQ), desarrollado por Marks y Mathews (1979). Cuestionario auto-administrado. Presenta buen poder discriminativo de las subescalas agorafobia y fobia social, por lo que puede emplearse como cribado en el diagnóstico diferencial de otras patologías de ansiedad y como valoración longitudinal. Consta de tres apartados: en el primero, el paciente describe la fobia principal y otras situaciones potencialmente fóbicas, además del grado de evitación de las mismas. En el segundo, se valora el grado de molestia de ciertos síntomas no fóbicos asociados a trastornos afectivos. Y el tercero, valora el grado de interferencia de los síntomas fóbicos en su vida diaria. Se obtienen cuatro puntuaciones, que hacen referencia a la fobia principal, fobia total (que se divide a su vez en agorafobia, fobia social y fobia a la sangre y lesiones físicas), fobia global y, por último, ansiedad y depresión (García-Campayo; Ros-Montalbán, 2015).

4.2. Evaluación de la fobia de ansiedad social

La Escala de ansiedad y evitación social (SAD) fue desarrollada por Watson y Friend (1969) y adaptada en población española por Girodo (1980) y Bobes y colaboradores (1999). Escala autoadministrada. Presenta buena discriminación diagnóstica y validez test-retest, pero no sobre la gravedad de la fobia social ni especificidad de las situaciones sociales, lo que representa una crítica a la escala. Consta de 28 ítems de respuesta dicotómica. Valora el malestar y la ansiedad asociada a situaciones sociales y a la evitación activa de dichas situaciones (García-Campayo; Ros-Montalbán, 2015).

La Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) fue desarrollada por Watson y Friend (1969). Adaptación española de Girodo (1980). Consta de 30 ítems de respuesta dicotómica. Valora el temor a recibir críticas negativas por parte de los demás, lo que compromete la autoestima de la persona y condiciona la búsqueda constante de aprobación social, siendo este un criterio clave en el diagnóstico. Es sensible al cambio terapéutico en intervenciones cognitivas de la fobia social, siendo este el mejor predictor de la evolución terapéutica a largo plazo (Robles; Páez, 2007).

El Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI) fue desarrollado por Turner y colaboradores (1989). Consta de dos subescalas, una de fobia social de 32 ítems y otra de agorafobia de 13 ítems. Respecto a la segunda, discrimina si la agorafobia se atribuye al miedo a presentar una crisis de pánico o a la evaluación negativa externa. Valora la dimensión motora, psicofisiológica y cognitiva de la ansiedad social. Respuestas tipo Likert de 1 a 7. El punto de corte para fobia social se encuentra en 60, y en 80 para discriminar entre esta y otros trastornos de ansiedad. Al ser más preciso en cuanto a situaciones exploradas puede ser utilizado para

desarrollar la intervención terapéutica. No hay estudios sobre la sensibilidad postratamiento (Robles; Páez, 2007).

El Inventario de fobia social de Davidson (SPIN) deriva de la Escala breve de fobia social de Davidson (1995) y fue validado por Connor y colaboradores (2000). Está traducido al español por Bobes (1998), pero no validado. Cuestionario autoadministrado. Explora el grado de incomodidad de diecisiete situaciones, hacia situaciones que implican miedo, evitación y sintomatología psicofisiológica durante la última semana. Puntuaciones en escala Likert de 0 a 4. Es válido para evaluar sintomatología de la fobia social y como medida de cribado en población general (García-Campayo, Ros-Montalbán, 2015).

Finalmente, la Escala de ansiedad social de Liebowitz (LSAS), desarrollada por Liebowitz (1987). Adaptada al castellano y validada por Bobes y colaboradores. (1999). Escala heteroadministrada. Consta de 24 ítems que hacen referencia a situaciones sociales o de conducta, frecuentemente problemáticas, en pacientes con fobia social. Se agrupan en dos escalas: una de ansiedad o actuación y otra de ansiedad social. Cada una de ellas valora el grado de malestar ante dichas situaciones y el grado de evitación de las mismas. Puede ser útil como detección de fobia social, a pesar que no valorar el componente fisiológico que acompaña al trastorno. Se propone un punto de corte de puntuación directa igual o superior a 50 para establecer el diagnóstico (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

4.3. Evaluación de la agorafobia y ataques de pánico

El Inventario de movilidad (MI) fue desarrollado por Chambless y colaboradores (1985). Incluye ítems del Inventario de miedos de

Wolpe y Lang (1964). Cuestionario autoaplicado de 29 ítems con respuestas tipo Likert de 1 a 5. Valora el grado de evitación del paciente estando solo o acompañado e indica la frecuencia de ataques de pánico en la última semana. Es un buen instrumento para evaluar la conducta del paciente y planificar la intervención terapéutica. Presenta buena fiabilidad y discrimina correctamente entre agorafobia y población normal, así como entre agorafobia y fobia social (García-Campayo, Ros-Montalbán, 2015).

El Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas (BSQ) fue elaborado por Chambless y colaboradores (1984). Evalúa el grado de miedo o preocupación por los síntomas somáticos y autonómicos asociados a los ataques de pánico. Consta de 17 ítems con respuesta Likert de 1 a 5 sobre síntomas físicos. Finaliza con una pregunta abierta para ampliar el repertorio de síntomas que haya tenido el paciente y que no consten en el listado. Según los autores, este cuestionario predice la conducta de evitación ante situaciones generadoras de ansiedad (Robles, Páez, 2007).

El Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (ACQ) fue elaborado por Chambless y colaboradores (1984) para valorar el miedo a la ocurrencia de los ataques de pánico. Está formado por 14 ítems con respuesta tipo Likert de 1 a 5 sobre pensamientos catastróficos que hacen referencia a problemas físicos debido a síntomas de ansiedad (factor aspectos físicos) y sobre problemas sociales o conductuales derivados de la pérdida de control (factor social-conductual). Una última pregunta, en formato abierto, contempla la descripción de pensamientos no recogidos en el cuestionario. Es válido para la evaluación del «miedo al miedo» característico de la agorafobia (Barlow, 2018).

El Inventario de agorafobia (IA) fue elaborado por Echeburúa y colaboradores (1992). Consta de 69 ítems de respuesta tipo

Likert de 0 a 5. Está estructurado en dos partes. La primera evalúa la respuesta motora (lugares públicos, desplazamientos, aglomeraciones, alturas y espacios cerrados), la respuesta psicofisiológica subjetiva (ataques de pánico y activación generalizada) y la respuesta cognitiva (amenaza a la integridad física y miedo a perder el control) ante situaciones en que se está solo y acompañado. Se añade una valoración de los síntomas más limitantes para el paciente. La segunda parte evalúa las diferentes respuestas del paciente en función de las variables que aumentan o disminuyen la ansiedad. Ello permite desarrollar una individualización de la intervención. El inventario discrimina entre población normal y trastorno por agorafobia (Buela-Casal; Caballo; Sierra, 1996).

El Método para distinguir entre ataques de pánico esperados/no esperados fue elaborado por Rachman y colaboradores (1987). Diferencia ataques de pánico esperados y no esperados. Por ello, consta de dos partes. En la primera, el paciente tiene que valorar la probabilidad de experimentar un ataque de pánico en una situación concreta y el miedo que cree que tendría. En la segunda, una vez la situación se ha dado, el individuo debe relatar si ha experimentado o no pánico y la intensidad del miedo que ha sentido en realidad. Se utiliza una Escala analógico-visual (EVAS). Este cuestionario tiene una mayor aplicación en investigación, ya que la propiedad psicométrica del instrumento decrece al obtenerse información de tipo retrospectivo y la latencia temporal entre la predicción y la situación real de exposición. Por otro lado, esta valoración pre y postsituación puede tener utilidad clínica al ser una variable que ratifica o desacredita la validez de la creencia (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

La Escala de autoeficacia para la agorafobia (SESA) fue elaborada por Williams (1990) a partir de la teoría de autoeficacia de Bandura y colaboradores (1977). Mide la confianza que el

paciente tiene en su capacidad de afrontamiento a determinadas situaciones potencialmente peligrosas, estando solo y acompañado. Se plantean quince situaciones con respuesta de 0 a 100. Es especialmente útil para evaluar las limitaciones funcionales de los pacientes agorafóbicos y aporta información complementaria a las escalas conductuales (Robles; Páez, 2007).

Finalmente, la Escala de síntomas de ataque de pánico que fue desarrollada por Seguí y colaboradores (1999) a partir de la *Structural Clinical Interview for DSM III-R Upjohn-version (SCID-UP-R)*. Valora la gravedad total de la crisis de angustia. Test autoadministrado de 14 ítems con respuesta de 0 a 3 (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

4.4. Evaluación de la ansiedad generalizada

El clásico Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) fue elaborado por Spielberger y colaboradores (1970) y publicado en español por TEA Ediciones en 1982. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de dos subescalas, rasgo y estado. La primera hace referencia a la dimensión estable o de personalidad y se centra en situaciones de interacción social, situaciones novedosas o ambiguas, de peligro físico y actividades diarias. La segunda evalúa la conducta de ansiedad en el momento actual en que se encuentra el paciente, es una herramienta sensible para valorar el cambio terapéutico. Las puntuaciones directas se transforman en percentiles, siendo la ansiedad-rasgo la más directamente relacionada con el trastorno de ansiedad evaluado (Robles; Páez, 2007).

La Escala de evaluación de la ansiedad (HARS) fue elaborada por Hamilton (1959). Posteriormente, traducida (Carrobes,

1986; Badia y otros, 1999, entre otros) y validada en español (Lobo y otros, 2002). Se trata de un instrumento heteroadministrado en el que el clínico evalúa tanto la frecuencia como la gravedad de los síntomas de ansiedad del paciente mediante 14 ítems de respuesta ordinal (0, ausente; 4, muy grave o incapacitante). Se pueden extraer dos factores específicos: ansiedad psíquica (humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta en la entrevista) y ansiedad somática (síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, génito-urinarios y vegetativos), además de una puntuación total. Permite cuantificar la intensidad de la ansiedad, así como su evolución a lo largo del tratamiento. Por ello, es una escala ampliamente aplicada en el ámbito clínico, aunque no carece de limitaciones importantes: el carácter heteroaplicado, la sintomatología evaluada está presente también en otros cuadros clínicos, la heterogeneidad de los síntomas ansiosos no permite discriminar entre los distintos trastornos de ansiedad y no se disponen de baremos estandarizados (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI) fue elaborado por Beck y colaboradores (1988) y adaptado al español por Sanz. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta. Evalúa la intensidad de la ansiedad experimentada en la última semana y en el momento actual, centrada fundamentalmente en aspectos físicos. Permite extraer dos factores referentes a síntomas físicos de ansiedad, por un lado, y ansiedad subjetiva y pánico, por otro. Es un instrumento fiable y válido como medida de cambio durante el proceso terapéutico. Asimismo, permite discriminar entre trastornos de ansiedad y otros trastornos del estado del ánimo (Robles; Páez, 2007).

La Escala de ansiedad de depresión en hospital (HAD) fue elaborada por Zigmond y Snaith (1983). La versión española la realizaron Caro e Ibañez (1992). Se trata de una escala autoadministrada de 14 ítems con respuestas tipo Likert de 0 a 3 que hace referencia al estado actual (última semana) del paciente. Evalúa la presencia de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario, haciendo énfasis en los aspectos psicológicos y excluyendo los síntomas somáticos, como fatiga o pérdida de apetito, característicos de algunas enfermedades físicas, evitando así que sean erróneamente atribuidos. Así, permite la discriminación entre pacientes tristes y aquellos deprimidos a causa de una enfermedad física. Es un instrumento sensible al cambio terapéutico. Es una escala que presenta como ventajas la facilidad y brevedad de administración, si bien la correlación entre ambas escalas no permite establecer claramente las diferencias entre ansiedad y depresión (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

Finalmente, el Inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) elaborado por Meyer y colaboradores (1990). Es un instrumento autoadministrado, constituido por 16 ítems puntuados mediante escala tipo Likert de 5 puntos. Evalúa la tendencia general a preocuparse de forma permanente e inespecífica, o preocupación-rasgo, característica del trastorno de ansiedad generalizada; por tanto facilita su diagnóstico. Pone especial énfasis en el componente cognitivo de las respuestas ansiosas. Es un instrumento sensible a los cambios terapéuticos en el contexto de intervenciones cognitivo-conductuales y permite discriminar entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y aquellos con otros trastornos de ansiedad (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

4.5. Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

La más utilizada en la actualidad es la Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS), elaborada por Goodman y Price (1992) y utilizada especialmente en Estados Unidos. Es un instrumento de evaluación clínica heteroaplicado en forma de entrevista semiestructurada que permite una valoración exhaustiva de la sintomatología del trastorno, su gravedad y los tipos de síntomas del TOC. Evalúa obsesiones y compulsiones, tiempo desperdiciado, interferencia, distrés, resistencia y control, y reporta un subtotal de severidad de las obsesiones y un subtotal de severidad de las compulsiones. Existe también una versión para niños (CY-BOCS), una computerizada y una autoadministrada (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

El Inventario de obsesiones de Leyton (LOI) responde a una versión original elaborada por Cooper (1970) y consta de 69 ítems; 47 de ellos referidos a síntomas obsesivos y 22 a rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, proporcionando dos subescalas (síntomas y rasgos). Aporta medidas de severidad (resistencia opuesta por el sujeto al acto obsesivo) e interferencia (magnitud de esta en su vida diaria). Permite distinguir tres factores: preocupación por la limpieza, sentimientos de sentirse incompleto y comprobaciones y repeticiones. Como limitaciones destacan la interdependencia de las escalas, la mayor presencia de rasgos de personalidad compulsiva en detrimento de los síntomas obsesivo-compulsivos, la falta de fiabilidad y la baja sensibilidad al cambio en la intensidad de la sintomatología. Dispone de dos versiones de presentación: una en forma de tarjetas (para niños) y otra con lápiz y papel (adultos). También existen distintas versiones reducidas para adultos (Kazarian; Evans; Lefave, 1977),

para niños y adolescentes (Iniasta-Sepúlveda y otros, 2017) y para padres y profesores (Caballo, 2005). El Cuestionario obsesivo-compulsivo de Lynfield (LIO) elaborado por Allen y Tune (1975) y Allen (1977), es una modificación del inventario de Leyton con el objetivo de eliminar las limitaciones de este en su aplicación clínica. Es un cuestionario autoadministrado compuesto por 20 ítems con respuesta en escala Likert de 5 puntos que incluye dos subescalas: resistencia e interferencia. Es un instrumento fiable y sensible al cambio, pero presenta como limitación la mayor prevalencia de rasgos obsesivos en detrimento de los síntomas obsesivo-compulsivos (Caballo, 2005).

El Inventario de actividades compulsivas (CAC) fue elaborado originalmente por Philpott (1975), aunque existen actualmente varias versiones. La primera de ellas incluye 62 ítems sobre actividades específicas evaluadas por un asesor según su severidad (de 0 a 4) y se centra en la evaluación de los síntomas obsesivo-compulsivos. De su análisis resultan dos grandes factores, rituales de limpieza y compulsiones de comprobación. Es un instrumento sensible al cambio tras tratamientos cognitivo-conductuales y farmacológicos, con una validez de constructo satisfactoria y una consistencia aceptable. Se encuentran versiones reducidas de hasta 37 ítems que muestran una buena sensibilidad, así como una versión en español por Raich (1988) (Caballo, 2005).

El Inventario de obsesiones-compulsiones de Maudsley (MOCI) es un cuestionario elaborado por Hodgson y Rachman (1977, 1980) cuya versión en español realizó Ávila (1986). En origen, fue diseñado para distinguir pacientes con TOC de aquellos con rasgos de personalidad obsesivos. Actualmente, es un cuestionario autoadministrado que consta de 30 ítems en formato verdadero-falso. Evalúa aspectos cognitivos y conductuales del TOC en cuatro subescalas: verificación, lavado, dudas/

conciencia y lentitud/repetición. Diseñado como instrumento de investigación de la conducta de pacientes obsesivos, muestra una fiabilidad y validez aceptables.

Finalmente, el Inventario de Padua, que fue creado por Sanavio (1988) y Sternberger y Burns (1990). Es un inventario autoaplicado de 60 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas obsesivos y compulsivos más comunes por medio de las siguientes subescalas: contaminación, comprobación, rumiación y urgencia/preocupación. Permite explorar la topografía de las conductas tanto en poblaciones clínicas como en no-clínicas, y discrimina entre pacientes con TOC y otros diagnósticos (Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2014).

Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.) Madrid: Panamericana.
- Barlow, D.** (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. Mexico: Editorial Manual Moderno.
- Buela-Casal, G.; Caballo, V. E.; Sierra, J. C.** (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Caballo, V.** (coord.) (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (págs. 447-474). Madrid: Pirámide.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez-Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (coords.) (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Nardo, P., di; Barlow, D.** (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). Phobia & Anxiety Disorders Clinic*. Nueva York: State University of New York.
- García-Campayo, J.; Ros-Montalbán, S.** (2015). *Banco de instrumentos psicométricos BIPFAES*. FAES FARMA.
- Mannuzza, S.; Fyer, A. J.; Klein, D. F. y otros** (1986). «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Lifetime Version modified for the study of anxiety disorders (SADS-LA): rationale and conceptual development». *Journal of Psychiatric Research* (vol. 20, n.º 4, págs. 317-25).
- Organización Mundial de la Salud** (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Portilla, M.; Bascarán, M.; Sáiz, P. y otros** (2014). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.ª ed.). Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.
- Robles, R.; Páez, J.** (2007). «Psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de ansiedad». En: N. Hernández; J. de la Cruz (coords.).

Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud (págs. 177-214). Libros en red.

Rodríguez-Jiménez, R. (2015). «Trastornos relacionados con la ansiedad». En: G. Rubio-Valladolid (coord.). *Fundamentos de psiquiatría* (págs. 153-170). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Spitzer, R. L.; Williams, J. B.; Gibbon, M. y otros (1992). «The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description». *Archives of General Psychiatry* (vol. 49, n.º 8, págs. 624-629).

Capítulo VIII

Evaluación de los trastornos del espectro psicótico: esquizofrenia

David Clusa, Joan Deus Yela

El término *psicosis* hace referencia a un grave trastorno del estado mental en la que los pacientes muestran una alteración en la interpretación o percepción de su entorno, lo que conlleva una pérdida del contacto con la realidad. Estos pacientes pueden mostrar delirios, alucinaciones, trastornos del curso del pensamiento, lenguaje desorganizado y un comportamiento extraño e inapropiado. Actualmente se considera que aquellos trastornos mentales que se manifiestan con síntomas psicóticos se incluyen en el denominado *espectro psicótico*, que abarca diferentes enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión psicótica o el trastorno de personalidad esquizotípico. Una característica común de todos estos trastornos mentales es que causan un importante distrés o alteración funcional del paciente y de sus familiares. Adicionalmente, muchos de estos pacientes pueden mostrar déficits neuropsicológicos o neurocognitivos que impactan negativamente en su capacidad funcional y curso clínico. En consecuencia, es importante evaluar tanto la clínica psicopatológica como la neuropsicológica para poder establecer un pronóstico adecuado y la mejor pauta terapéutica. De todos estos trastornos, no obstante, la esquizofrenia es y ha sido considerada el prototipo de trastorno psicótico,preciada como una enfermedad crónica y grave que precisa un enfoque de intervención multidisciplinar (Fonseca-Pedrero, 2018; Sheffield, Karcher, Barch, 2018). Sin embargo, cabe considerar que, a pesar

de que los avances tecnológicos en los últimos años han permitido conocer con alta precisión la neurobiología anatómica y funcional de la esquizofrenia, así como su genética, lo que se denomina clásicamente como tal tiene una definición meramente clínica.

1. Concepto y epidemiología de los trastornos del espectro esquizofrénico

La manifestación clínica de la esquizofrenia se puede resumir en tres grupos de síntomas: a) síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, síntomas motores o comportamiento catatónico); b) síntomas negativos (pobreza de lenguaje/pensamiento o alogia, abulia, apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo, embotamiento afectivo y falta de socialización); y c) síntomas de desorganización (lenguaje desorganizado, trastorno formal del pensamiento, conductas desorganizadas y afecto inapropiado (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). En la actualidad, se tiende a incorporar la esquizofrenia en un grupo denominado *trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos* (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014) (tabla 27). Dentro de dicho grupo se deben considerar, básicamente, los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y trastorno psicótico debido a otra afección médica. Los síntomas que se manifiestan entre los diferentes trastornos mencionados no son idénticos, pero se conservan los que definen el espectro psicótico.

Tabla 27. Breve descripción clínica de los trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos

Trastorno	Descripción clínica y características asociadas	Prevalencia
Esquizofrenia	Presencia de síntomas (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos) durante al menos seis meses, y durante un mes con síntomas de la fase activa o aguda.	0,3-0,7
Trastorno delirante	Presencia de síntomas delirantes (erotomanía, grandeza, celotipia, persecutorio o somático) durante al menos un mes, pero sin otros síntomas psicóticos asociados.	0,2 Más prevalente el persecutorio
Trastorno psicótico breve	Presencia de síntomas similares a los de la esquizofrenia sin requisito de afectación funcional y con una duración de entre un día y no más de un mes.	9
Trastorno esquizofreniforme	Presencia de síntomas similares a los de la esquizofrenia sin requisito de afectación funcional y con una duración de entre uno y seis meses.	0,3-0,7
Trastorno esquizoafectivo	Presencia simultánea de un episodio del estado del ánimo con criterios de Trastorno de depresión mayor y síntomas de fase activa de esquizofrenia.	0,3
Trastorno psicótico inducido por sustancias	Presencia de síntomas psicóticos, generalmente delirios y alucinaciones, causados por el consumo de tóxicos u otros fármacos.	7-25
Trastorno psicótico asociado a una condición médica	Presencia de síntomas psicóticos, generalmente delirios y alucinaciones, como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.	0,21-0,54
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Caracterizado por la presencia de episodios psicóticos transitorios en respuesta al estrés y la manifestación de síntomas asociados de alteración emocional (ver capítulo IX).	3,9

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2004).

Tradicionalmente se ha considerado que la prevalencia de esquizofrenia en población general es menor al 1 %, con un rango relativamente variable de entre 0,3 % y 0,7 %, dependiendo de los criterios diagnósticos aplicados por los investigadores y el medio (población, raza y país) en el que se realice el estudio epidemiológico. Habitualmente, el trastorno esquizofrénico se manifiesta al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta (manifestaciones de inicio parecidas en la infancia deberían ser diagnosticadas dentro del trastorno del espectro autista), y evoluciona en forma episódica con exacerbaciones y remisiones a lo largo del tiempo. La proporción entre sexos varía según la muestra o población en estudio, siendo más frecuente la presencia de síntomas negativos y una mayor duración de la clínica (peor pronóstico) en los varones, mientras que la presencia de síntomas de alteración del estado de ánimo y episodios breves (mejor pronóstico) suele ser más frecuente en el sexo femenino. En general la esquizofrenia implica un importante deterioro funcional y puede evolucionar hacia el deterioro neurocognitivo (ver apartado 8.3), si bien estas características son muy variables entre individuos, relacionándose estos con una mayor presencia de sintomatología negativa y peor pronóstico (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Fonseca-Pedrero, 2018; Sheffield, Karcher, Barch, 2018).

Parece existir un claro consenso de los factores de riesgo para la esquizofrenia, remarcando su origen neurobiológico y señalándolo como un problema del neurodesarrollo, considerándose que hacia el quinto mes de gestación los potenciales agentes patógenos parecen tener su mayor peso de acción. Muchas de las alteraciones del sistema nervioso central permanecen silentes hasta el período de la adolescencia, momento en que hay una clara eclosión del funcionamiento cerebral y del proceso de mielinización cerebral. Ello podría explicar la baja y discutible incidencia de la esquizo-

frenia en la etapa infantil. También se señala el hecho de que un factor o ambiente estresante puede ser el desencadenante de la sintomatología psicótica en sujetos vulnerables. Adicionalmente, no hay que olvidar la importancia de los factores genéticos que se han demostrado reiteradamente mediante estudios de casos dentro de una misma familia y datos procedentes de estudios de gemelos monocigóticos que han permitido aislar algunos genes responsables de la aparición de la esquizofrenia (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fonseca-Pedrero, 2018).

2. Evaluación genérica y estructurada de los trastornos del espectro esquizofrénico

Toda exploración psicológica podría o debería utilizar un cuestionario genérico o multidimensional de diagnóstico psicopatológico (ver capítulo V), siempre y cuando el paciente no se encuentre en la fase aguda o activa del trastorno psicótico, puesto que puede invalidar los resultados de la prueba. Aquellos profesionales que deseen confirmar los criterios diagnósticos propios de los trastornos del espectro esquizofrénico y los subtipos que se describen para cada uno de ellos pueden recurrir a la realización de entrevistas clínicas diagnósticas semiestructuradas desarrolladas progresivamente por los autores de las dos clasificaciones que obtienen mayor consenso a nivel internacional: en el caso de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la última versión de la Entrevista para la exploración clínica en neuropsiquiatría (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, SCAN2.1); y para el *DSM-5* de la Asociación

Psiquiátrica Americana (APA), ya existe una versión de la Entrevista clínica estructurada (*Structured Clinical Interview*, SCID I), incluso en lengua española para la investigación (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Fonseca-Pedrero, 2018). El uso de este tipo de estrategia diagnóstica ha permitido reducir de manera importante la variabilidad entre evaluadores.

Una vez establecido el diagnóstico de trastorno esquizofrénico o de alguno de los subtipos de trastornos del mismo espectro, resulta conveniente realizar una evaluación cuantitativa de los síntomas clínicos psicopatológicos característicos: sintomatología positiva, negativa y síntomas de desorganización. Su estudio permite conocer con mayor precisión el estado del paciente y evaluar su evolución de una manera más precisa. El tipo e intensidad de los síntomas presentes en el momento concreto en que se está evaluando el paciente puede ser muy diverso entre individuos distintos con el mismo diagnóstico y a la vez diferentes en un mismo sujeto a lo largo del tiempo, a veces como resultado del tratamiento realizado, pero también por muchas otras circunstancias a día de hoy poco conocidas todavía. Un instrumento útil para su estudio es la Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS), que está validada para población española (García-Portilla, Bascarán, Sáiz y otros, 2015; Peralta, Cuesta, 1994). Esta escala es ampliamente utilizada en las investigaciones sobre el efecto de las intervenciones psicoterapéuticas, rehabilitadoras y farmacológicas en personas con trastornos del espectro esquizofrénico. La Escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS) y la Escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS), derivadas de la Escala psiquiátrica breve (BPRS), son escalas alternativas para realizar la evaluación de la sintomatología positiva y negativa (García-Portilla; Bascarán; Sáiz y otros, 2015). Autores como Van Os proponen una evaluación multidimensional

dimensional de la psicosis, según la cual dichas dimensiones están presentes en todos los individuos con una distribución normal en un continuo de salud a psicosis. El autor propone que dichas dimensiones son: afectiva, positiva, negativa y cognitiva, y ha desarrollado un modelo propio para caracterizar la dimensión esquizotípica (Fonseca-Pedrero, 2018).

Es bien conocido que más allá de la configuración sintomática, y a veces independientemente de ella, existe una importante afectación funcional de las personas que padecen este tipo de trastornos, por ello resulta recomendable realizar una evaluación del grado de discapacidad, de las dificultades que comporta el trastorno para su desarrollo personal y social. No debe olvidarse que al iniciarse en edades tempranas y tener un curso crónico, se observará con elevada frecuencia cómo la persona con un trastorno esquizofrénico ve truncada la formación académica, laboral, de relación familiar y de relación socio-afectiva. En este sentido, es posible utilizar el Cuestionario para la evaluación de la discapacidad (DAS) de la OMS para el estudio de la discapacidad relacionada con las siguientes áreas funcionales (Fonseca-Pedrero, 2018): comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, capacidad de relacionarse con personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. Una estrategia alternativa, de mayor especificidad en la evaluación clínica práctica, consiste en evaluar aquellas necesidades no cubiertas; así, el King's College de Londres desarrolló el *Camberwell Assessment of Needs* (CAN), que es utilizado mundialmente por profesionales del ámbito de la salud y social para estudiar las necesidades de las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves y desarrollar planes terapéuticos específicos, ya que registra las necesidades percibidas, su gravedad y si están cubiertas o no en el momento del estudio. Tanto

el DAS como el CAN permiten una evaluación por parte de los individuos afectados por trastornos mentales y por la de los profesionales que los atienden, y favorece un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo (Fonseca-Pedrero, 2018).

Es conocido que el pronóstico de la evolución de las personas diagnosticadas de un trastorno del espectro esquizofrénico está estrechamente relacionado con sus características funcionales previas al inicio del trastorno, por ello es muy recomendable, siempre que sea posible, realizar una evaluación de dicho estado en los momentos iniciales del diagnóstico. Ello se fundamenta en que las estrategias de intervención para la recuperación deberán considerar el funcionalismo previo para establecer el objetivo marcado en la terapéutica. Para hacer un estudio de manera sistematizada de esta variable pronóstica, el instrumento con mayor consenso actual es la Escala de ajuste premórbido (*Premorbid Adjustment Scale*, PAS), que fue validada en nuestro medio por Barajas y Ochoa (2013).

Tabla 28. Cuestionarios e inventarios específicos de evaluación de los Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos

Ámbito a explorar	Test, escala o cuestionario
Diagnóstico categorial	Entrevista para la exploración clínica en neuropsiquiatría (SCAN). Entrevista clínica estructurada (SCID-I).
Evaluación de síntomas	Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS). Escala de síntomas positivos (SAPS). Escala de síntomas negativos (SANS).
Discapacidad y necesidades no cubiertas	Cuestionario para la evaluación de la discapacidad según la OMS. <i>Camberwell Assessment of needs</i> (CAN).
Ajuste premórbido	Escala de ajuste premórbido (PAS).
Sintomatología depresiva	Escala de depresión para esquizofrenia de Calgary (CDSS).

Ámbito a explorar	Test, escala o cuestionario
Evaluación de riesgo de psicosis	Exploración extensiva del estado mental de alto riesgo de psicosis (CAARMS). Entrevista estructurada para los síntomas prodrómicos (SIPS).
Estigma	Escala de estigma interiorizado de enfermedad mental (EIEM).

Fuente: Fonseca-Pedrero (2018).

Los síntomas depresivos son frecuentes en pacientes con esquizofrenia o trastornos similares, pudiéndose solapar o confundir con los síntomas negativos propios de la afección. En ocasiones la apatía o la abulia también pueden ser considerados como secundarios al tratamiento con medicamentos neurolépticos, comúnmente utilizados en los trastornos psicóticos. Se considera necesario evaluar dicha sintomatología cuando se detecta en el curso evolutivo por su trascendencia clínica. Cabe recordar las relativamente altas tasas de suicidio consumado en esta población, frecuentemente relacionada con la sintomatología depresiva concomitante, muy especialmente al inicio del trastorno. El uso de las escalas habituales para la evaluación cuantitativa de estos síntomas, como la Escala de Hamilton, no son las más adecuadas para este propósito, puesto que los resultados de las mismas puede quedar ampliamente sesgados por el solapamiento entre efectos secundarios de la medicación y la sintomatología propiamente afectiva (somnolencia o fatiga, por ejemplo). Por tales motivos, se ha desarrollado una escala específica para la evaluación de la sintomatología de los trastornos afectivos en estos pacientes: la Escala de depresión para esquizofrenia de Calgary (CDSS) (Fonseca-Pedrero, 2018).

Merece una atención específica la evaluación de las personas que presentan síntomas característicos de psicosis, pero de una

intensidad, duración y frecuencia menor de la que se establece para realizar un diagnóstico definitivo. Algunos autores proponen el concepto de *síndrome de psicosis atenuado* o *estados mentales de alto riesgo de psicosis*. Ambos términos hacen referencia a las personas que tienen elevados factores de riesgo para el desarrollo de psicosis, ya sea por antecedentes personales o familiares. El interés por el desarrollo de estrategias de intervención precoz en los últimos años ha comportado el desarrollo de escalas de evaluación específicas, siendo la que merece mayor consenso actualmente, en el ámbito asistencial y en investigación, la Escala de exploración extensiva del estado mental de alto riesgo de psicosis (*Comprehensive Assessment of the At-Risk Mental State*, CAARMS), cuyos objetivos son: determinar si un individuo cumple criterios de estado de riesgo extremo, descartar o confirmar criterios de psicosis aguda y trazar el desarrollo psicopatológico y funcional. También se utiliza como alternativa la Escala estructurada para síntomas prodrómicos (SIPS). Muchos de los equipos de intervención temprana para la psicosis utilizan estos instrumentos para realizar el cribado de los candidatos a entrar en sus protocolos de tratamiento (Gencat, 2011).

Actualmente, la comunidad científica propone introducir el estudio del estigma asociado a la alta intensidad de los trastornos psicóticos en la evaluación, dado que se ha comprobado su alta incidencia en el pronóstico y la evolución. Un instrumento útil, validado en nuestro medio, para la evaluación del estigma es la Escala de estigma interiorizado de enfermedad mental (EIEM). Tanto los gestores sanitarios como las asociaciones de usuarios, cada vez más numerosas y potentes, promueven acciones concretas de lucha contra el estigma de la enfermedad mental, dirigidas tanto a la sociedad en general como a los profesionales sanitarios (Gencat, 2016).

3. Neuropsicología de la esquizofrenia y su evaluación

Algunas enfermedades neuropsiquiátricas —la esquizofrenia es una de ellas— constituyen un emergente e importante ámbito de evaluación e intervención neuropsicológica. La exploración de las funciones cognitivas incrementa y perfila, pero no permite establecer ni un diagnóstico ni un perfil diferencial válido de los subtipos de esquizofrenia, tampoco de las observaciones conductuales y clínicas efectuadas durante una evaluación psicopatológica. Adicionalmente, la naturaleza de los déficits cognitivos y la afectación preferente de determinadas funciones neuropsicológicas deben contextualizarse de acuerdo con la inteligencia general del paciente, años de escolarización y contexto sociocultural.

La existencia de un déficit neurocognitivo en los pacientes esquizofrénicos se plantea como algo incuestionable desde la formulación histórica de Emil Kraepelin en 1896 y su consideración de la esquizofrenia como una demencia precoz, describiendo la existencia de un perfil neuropsicológico caracterizado por un déficit atencional, mnésico y de las funciones prefrontales (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Sheffield, Karcher, Barch, 2018). El estudio del deterioro neurocognitivo en la esquizofrenia ha alcanzado un gran desarrollo en las cinco últimas décadas, reafirmando un déficit atencional-síndrome disejecutivo que sugiere una disfunción prefrontal dorsolateral y un déficit mnésico que sugiere una disfunción bitemporal medial y prefrontal-estriado. A ello se le debe añadir el reciente término de *déficit de la cognición social*, que sugiere una disfunción de la corteza prefrontal dorsolateral y órbito-frontal. Más específicamente, el patrón básico de deterioro neuropsicológico que se presupone queda definido por un déficit atencional que se puede manifestar

en forma de baja receptividad a los estímulos externos o a la incapacidad para identificar e inhibir estímulos irrelevantes, deterioro de la memoria declarativa anterógrada e inmediata, y déficit de las funciones ejecutivas, que incluyen una pobreza en la habilidad para planificar, alteración del juicio social, falta de iniciativa y anhedonia (tabla 29) (Sheffield; Karcher; Barch, 2018).

Tabla 29. Breve descripción del perfil de deterioro neuropsicológico en la esquizofrenia

Capacidad intelectual	
Cociente intelectual o cognitivo	Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar un cociente intelectual inferior al de la población normal, si bien este no suele ser patológico o se sitúa dentro del intervalo de la normalidad. Los pacientes con esquizofrenia paranoide tienden a tener un cociente intelectual próximo a la normalidad.
Atención	
Sostenida	Se han descrito en pacientes crónicos, adolescentes y adultos en las primeras fases de la enfermedad, en familiares no psicóticos de pacientes esquizofrénicos y en hijos de pacientes con esquizofrenia.
Selectiva	Inadecuada focalización atencional dirigida a los aspectos menores o irrelevantes de la situación estimular.
Velocidad de procesamiento	Incremento en el tiempo de ejecución.
Memoria	
Memoria verbal y visual de trabajo	Presente tanto en pacientes con farmacoterapia como sin farmacoterapia y en familiares próximos.
Memoria visual demorada	Mayor afectación de la memoria visual que verbal con posterioridad al inicio del trastorno. Mejor el reconocimiento.
Memoria anterógrada verbal lógica	El déficit de la memoria verbal es un indicador predictor del funcionamiento social. Mejor la capacidad de reconocimiento.

Funciones ejecutivas	
Planificación visual y secuenciación temporal Incapacidad de inhibición de respuesta Flexibilidad cognitiva Pérdida del juicio social Fluencia verbal Falta de iniciativa y anhedonia Aplanamiento afectivo	Algunos autores consideran que existe una similitud en el déficit cognitivo disejecutivo entre los pacientes con síndrome frontal adquirido y los pacientes esquizofrénicos. Estos déficits, en ocasiones, resultan difícilmente objetivables mediante la exploración neuropsicológica, y se constatan mejor en una observación en contexto natural durante la ejecución de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, se sabe de la existencia de pruebas neuropsicológicas que evalúan específicamente dichas funciones ejecutivas (Test de Stroop, Test de cartas de Wisconsin, Test de la torre de Londres, Test del trazado parte A y B, y Test de fluencia verbal con consigna fonética y semántica), más dependientes de la porción medial dorsal y orbital del lóbulo prefrontal.
Premotoras	
Coordinación motora y velocidad de ejecución motora	Peor rendimiento en pacientes con presencia de signos extrapiramidales, que sugiere una disfunción fronto-estriada.

Fuente: elaboración propia.

Al parecer, se asume que el rendimiento cognitivo es el mejor indicador predictivo respecto a la gravedad de la sintomatología positiva o negativa, de la capacidad de adaptación y de deterioro funcional. Particularmente, se propone que el déficit de la memoria anterógrada, de las funciones ejecutivas y de la velocidad de procesamiento de la información se relaciona con el grado de gravedad del deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Así, son diversos los estudios que defienden que el grado de dependencia funcional no está relacionado con la sintomatología positiva, sino con la gravedad de los déficit neurocognitivos, de la sintomatología negativa y del tiempo de evolución. Finalmente, señalar que el lenguaje del paciente esquizofrénico puede presentar diferentes formas de desorganización, si bien no se observa un trastorno del lenguaje tipo afásico ni del habla. Los pacientes

pueden perder el hilo de la conversación, saltando de un tema a otro, las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas formuladas (tangencialidad) y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que resulte casi incomprensible y se asemeje a la afasia de Wernicke en su desorganización lingüística. Durante los períodos prodrómicos y residuales de la esquizofrenia, puede presentarse una desorganización menos grave del pensamiento o del lenguaje (Fonseca-Pedrero, 2018; Sheffield, Karcher, Barch, 2018).

Tabla 30. Propuesta de exploración neuropsicológica en la esquizofrenia

Dominio cognitivo	Prueba o test
Cocientes globales	Cociente intelectual: Escala Wechsler de inteligencia para adultos (WAIS) Cociente mnésico: Escala de memoria de Wechsler (WMS)
Atención y velocidad	Test de ejecución continua (CPT) Recuerdo serial subtest de dígitos directos e inversos WAIS Subtest de búsqueda de símbolos (WAIS) Subtest de Claves (WAIS)
Memoria	Test de aprendizaje verbal España-Complutense (TAVEC) Subtest de fijación visual (WMS) Test de retención visual de Benton (reconocimiento) (VRT) Subtest letras y números (WAIS) Subtest de Corsi (WMS) Subtest de memoria lógica verbal (WMS)
Ejecutivas	Fluencia verbal con consigna fonética (FAS) y semántica (TFVs) Test de cartas de Wisconsin (WCST) Test del Trazado parte A y B Test de Stroop Laberintos de Porteus
Premotoras	Coordinación motora unimanual y bimanual de Luria Alternancias motoras (PCP) Inhibición recíproca de Luria
Cognición social	Test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)

Fuente: elaboración propia.

Actualmente, las propuestas psicométricas para evaluar el déficit neuropsicológico en la esquizofrenia son diversas y se centran en dos aproximaciones. La primera consiste en establecer un protocolo específico e idiosincrático que incluya diferentes pruebas estandarizadas y sensibles para poder definir el perfil de deterioro neuropsicológico del paciente en estudio (tabla 30). La segunda se basa en escoger una de las baterías estandarizadas y específicamente diseñadas para explorar a los pacientes con esquizofrenia. Entre estas últimas cabe destacar la *Brief Assessment in Cognition in Schizophrenia* (BACS), la *Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry* (SCIP), la *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia* (MATRICS) y la *Cognitive Neuroscience-Based Approaches to Measuring and Improving Treatment Effects on Cognition in Schizophrenia* (CNTRICS). No es objetivo del presente capítulo el describir detalladamente dichas pruebas, por lo que se remite al lector a las fuentes documentales referenciadas (Fonseca-Pedrero, 2018).

Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.) Madrid: Panamericana.
- Barajas, A.; Ochoa, S.** (2013). «Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S)». *Comprehensive Psychiatry* (vol. 54, n.º 2, págs. 187-194).
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Fonseca-Pedrero, E.** (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Madrid: Editorial Pirámide.
- García-Portilla, P.; Bascarán, T.; Sáiz, A. y otros** (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.ª ed.) Madrid: CYESAN.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut** (2016). *El estigma y la discriminación en salud mental en Catalunya 2016* [documento en línea]. Generalitat de Catalunya. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019]. <<https://www.adamedtv.com/wp-content/uploads/2016/10/estigma-a-catalunya-2016-es.pdf>>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut** (2011). *Guía de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions* [documento en línea]. Generalitat de Catalunya. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019]. <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf>
- Peralta, V.; Cuesta, M.** (1994). «Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* (vol. 22, n.º 4, págs. 171-177).

Sheffield, J. L.; Karcher, N. R.; Barch, D. M. (2018). «Cognitive deficits in Psychotic Disorders: A lifespan perspective». *Neuropsychology Review* (vol. 28, n.º 4, págs. 509-533).

Capítulo IX

Evaluación de los trastornos de la personalidad

Marina López-Ruiz, Guillermo Parra, Joan Deus Yela

Tal y como se refleja en el capítulo IV, la importancia de la personalidad es notable en el contexto clínico-sanitario. Por extensión, y en consecuencia, cabe considerar que los trastornos de personalidad (en adelante, TP) requieren ese valor o incluso mayor atención, atendiendo a las graves consecuencias que pueden acarrear a las personas que los padecen. Generalmente, los TP van acompañados de otras psicopatologías o muestran alta comorbilidad (trastornos mentales u otros trastornos de personalidad); se consideran factores de riesgo para la aparición o el mantenimiento de enfermedades médicas, problemas interpersonales, desajustes laborales; y, especialmente, aumentan el riesgo de presentar ideación y tentativas de suicidio. Asimismo, suelen ser pocas las personas que acuden a consulta refiriendo problemas de rigidez en sus conductas o pensamientos, desajuste social o malestar subjetivo a causa de su TP, por lo que la alianza terapéutica es un reto y un objetivo primordial para el profesional de la Psicología Clínico-Sanitaria (Caballo, 2004; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013).

1. Concepto y epidemiología del trastorno de la personalidad

Un TP es un patrón permanente de pensamientos, emociones y comportamientos que se presenta de manera generalizada y se

caracteriza por ser poco flexible y estable en el tiempo. Se inicia en la adolescencia o al principio de la adultez y causa deterioro funcional o malestar, si bien este puede ser egosintónico (la persona no sabe ni acepta la presencia de su TP y piensa que los demás son los causantes de sus problemas) o egodistónico (es consciente de sus problemas y le gustaría cambiar) (Belloch, Martínez, Pascual, 1996; Caballo, 2004).

De manera más detallada, una persona con este tipo de trastorno mental no se adapta a las exigencias de la vida diaria ni de la sociedad o cultura en la que vive, y lo expresa en las esferas cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, lo cual se manifiesta en problemas en áreas como la social, laboral, académica, familiar y personal. Su etiología es incierta, si bien se acepta la existencia de un patrón familiar y de ciertos rasgos de temperamento que pueden estar condicionados neurobiológicamente por unas redes neurales congénitas (fisiológicos) y modulados por rasgos de carácter que se adquieren o aprenden a lo largo de la vida del individuo. La incidencia de los TP no es despreciable, varía entre los estudios y según el tipo de trastorno, pudiéndose dar un rango global aproximado de entre un 4 % y un 6 % (tabla 31). Según los datos epidemiológicos, los TP narcisista, paranoide, antisocial y esquizoide son más prevalentes en varones; mientras que los depresivo, dependiente, histriónico, límite y evitativo son más prevalentes en las mujeres (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013).

Tabla 31. Características asociadas y prevalencia de los trastornos de personalidad

Trastorno de personalidad	Características asociadas	Prevalencia
Paranoide	Personas difíciles de llevar y que frecuentemente tiene problemas en sus relaciones cercanas. Suspicaia y hostilidad excesiva, con actitud distante.	2,3-4,4
Esquizoide	Personas con falta de emoción y dificultad para expresar la ira. Reaccionan de forma pasiva a circunstancias adversas y carecen de habilidades sociales.	3,1-4,9
Esquizotípico	Personas que pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (de minutos a horas) en respuesta al estrés y manifestar síntomas asociados de alteración emocional.	3,9
Antisocial	Personas engreídas y carentes de empatía. Suelen ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos de los demás.	0,2-3,3
Límite	Personas altamente impulsivas, emocionalmente inestables, con relaciones interpersonales cambiantes en actividades lúdicas o en el empleo.	1,6-5,9
Histriónico	Personas manipuladoras y dramáticas que precisan ser el centro de atención social, tienen deficientes relaciones sociales y marcada inestabilidad emocional.	1,84
Narcisista	Personas sensibles a la crítica y que pueden reaccionar con rabia y agresividad, egocéntricos y con necesidad de admiración, lo que afecta a las relaciones interpersonales.	0-6,2
Evitación	Personas con un comportamiento social temeroso, baja autoestima, tímidas, solitarias y vergonzosas, lo que las induce a tener contactos sociales restringidos.	2,4
Dependiente	Personas pesimistas, menosprecian sus capacidades y son sumisas buscando sobreprotección.	0,5-0,6
Obsesivo-compulsivo	Personas con dificultad en la toma de decisiones, normativas, rígidas, planificadoras, muy reflexivas, les cuesta delegar y pueden tener explosiones de ira.	2,1-7,9

Fuente: Asociación Americana de Psicología (2014).

2. Clasificación de los trastornos de personalidad

El diagnóstico final de TP puede ser valorado según el criterio dimensional o según el criterio categorial. En el primer caso, se considera que los TP son una exageración de los rasgos normales de personalidad, los comunes en cualquier persona. En el segundo, el TP está presente o ausente, existiendo una clara diferenciación entre población sana y población con trastorno. Cada criterio tiene sus ventajas e inconvenientes (Caballo, 2004; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Belloch, Martínez, Pascual, 1996):

1) Criterio dimensional: los puntos fuertes son que se basa en el empirismo y que los perfiles establecidos son más flexibles y por lo tanto más adecuados a la complejidad real de cada caso. Por contra, carece de punto de corte o de separación entre un individuo normal y uno patológico. Además, no especifica si cada uno de los rasgos de personalidad se corresponde cualitativamente con el trastorno, punto sobre el cual existe una gran divergencia bibliográfica y una falta de consenso.

2) Criterio categorial: la presencia de la dicotomía patología presente/ausente es la manera habitual de comunicación en el contexto clínico-sanitario y una forma sencilla y común de conceptualizar, además de un criterio claro para aplicar o no tratamiento. Por otro lado, este criterio dificulta el diagnóstico de los casos limítrofes, casos mixtos y casos atípicos.

Desde la psicopatología, la clasificación se lleva a cabo mediante criterios diagnósticos. Es decir, características típicas que una persona debe cumplir para poder considerar que presenta un trastorno en estudio. Dos de las clasificaciones más relevantes

son la Clasificación internacional de enfermedades (CIE, ICD en inglés), realizada por la Organización Mundial de la Salud, llegando ya a su décima versión, y el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), creado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que cuenta con cinco versiones. En la tabla 32 se muestran los tres grupos o clústeres que se conciben actualmente: a) en el clúster A, los raros y excéntricos; b) en el clúster B, los dramáticos, lábiles y erráticos; y c) en el clúster C, ansiosos y temerosos. Se define un cuarto grupo denominado *otros rasgos de personalidad*, en el que se incluyen, por ejemplo, los trastornos orgánicos de la personalidad secundarios a una lesión cerebral adquirida (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Tabla 32. Clasificación de los trastornos de la personalidad según las clasificaciones diagnósticas predominantes, CIE-10 y DSM-5

Rasgos de personalidad prototipo	CIE-10	DSM-5
Rareza y excentricidad	Paranoide (F60.0) Esquizoide (F60.1) Esquizotípica (F21)	Paranoide (301.0) Esquizoide (301.20) Esquizotípica (301.22)
Dramatismo exagerado, alta emocionabilidad y conductas erráticas	Disocial (F60.2) Inestabilidad emocional (F60.3) Histriónica (F60.4) Narcisista (F60.81)	Antisocial (301.70) Límite (301.83) Histriónica (301.50) Narcisista (301.81)
Ansiedad y temerosidad	Ansioso (con conducta de evitación) (F60.6) Dependiente (F60.7) Anancástico (F60.5)	Evitativa (301.82) Dependiente (301.6) Obsesivo-compulsiva (301.4)
Otros	Orgánico de la personalidad (F07.0) Inestable (F60.89) Sin especificación (F60.9)	Cambio de la personalidad debido a otra afección médica (310.1) Otro especificado (301.89) No especificado (301.9)

Fuente: adaptado y modificado de Belloch, Martínez, Pascual (1996).

Pese a lo anteriormente expuesto, en la comunidad científica se presentan numerosos interrogantes acerca de los TP. Las dudas recaen sobre la no existencia de una definición operativa consensuada, diferentes clasificaciones, criterios categorial y dimensional, heterogeneidad de los mismos diagnósticos y comorbilidad, entre otros aspectos (Esbec; Echeburúa, 2011). Siendo conscientes de dichas limitaciones, a continuación se repasan algunos de los instrumentos más usados en el contexto clínico-sanitario.

3. Evaluación genérica y estructurada de los trastornos de personalidad

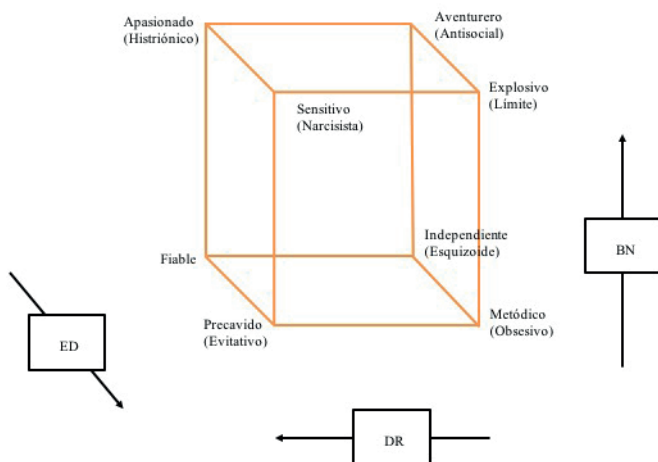
Existen cuestionarios genéricos y entrevistas en la evaluación de los TP, y estos pueden tener el objetivo de hacer una evaluación de carácter general o bien de carácter específico. Cabe destacar que ningún instrumento de evaluación de los TP goza de una validez y una fiabilidad robustas y que las mejoras sobre el tema son todavía necesarias (Caballo, 2004; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). Sin embargo, los instrumentos de evaluación que se suelen utilizar más en el proceso de evaluación de los TP son las entrevistas. Su administración es más flexible, directa e interactiva, y por ello se consideran el método más riguroso. Los dos ejemplos que se exponen, la SCID-II y la IPDE, presentan tanto un cuestionario inicial, siguiendo la clasificación categorial, como una entrevista semiestructurada, siguiendo criterios dimensionales (Caballo, 2004; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Esbec, Echeburúa, 2014; First, Gibbon, Spitzer y otros, 1999; López-Ibor, Pérez-Urdaniz, Rubio-Larrosa, 1996).

3.1. Evaluación mediante instrumentos psicométricos generales

Los instrumentos generales tienen como objetivo detectar la posible presencia de un TP sin ahondar necesariamente en la consideración o detección de indicadores potenciales de TP concretos. Existen varios ejemplos de cuestionarios psicopatológicos generales que tienen en cuenta algún aspecto de los TP, como por ejemplo el MMPI-2, el MMPI-2-RF, el PAI o el MCMI-III (ver capítulo V).

Por otro lado, existen cuestionarios no psicopatológicos para detectar el posible diagnóstico de un TP, como por ejemplo el Inventario de trastornos de la personalidad de Wisconsin (WISPI-IV), el Cuestionario de diagnóstico de la personalidad (PDQ), la Evaluación dimensional de los problemas de personalidad (DAPP-BQ) (Caballo, 2004; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013) o el Inventario de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R) (ver capítulo IV). Este último determina que, si una persona obtiene el 33 % o menos en la media de las puntuaciones de las dimensiones de carácter *autodirección* y *cooperación*, es una candidata a presentar un probable TP sintomático. El tipo de TP se determina a través de las tres dimensiones de temperamento: búsqueda de novedad (BN), evitación del daño (ED) y dependencia de la recompensa (DR) (Gutiérrez-Zotes y otros, 2004). Este modelo sigue el criterio dimensional, ya que cada perfil temperamental de personalidad se corresponde con un posible TP (figura 3).

Figura 4. Cubo con los diferentes perfiles temperamentales resultantes del TCI-R y los respectivos trastornos de la personalidad



Fuente: elaboración propia.

3.2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del *DSM-IV*

Esta entrevista cubre los diez TP estipulados en el *DSM-IV* (SCID-II, en inglés) —que coinciden con los del *DSM-5*—, además del TP depresivo, el pasivo-agresivo y el no especificado. Este instrumento cuenta con el cuestionario de personalidad del *SCID-II*, que se usa a modo de cribado para detectar en qué ítems el paciente se ve reflejado (119 ítems con respuesta dicotómica sí versus no). Posteriormente, el profesional realiza la entrevista utilizando los ítems con respuesta afirmativa. La entrevista se inicia con preguntas abiertas del tipo «¿cómo se describiría como persona?», «si pudiera cambiar de alguna manera su personalidad, ¿en qué querría ser diferente?». A continuación, aparecen las cien-

to diecinueve preguntas relacionadas con los TP, que se evalúan en el siguiente orden (el mismo que en el cuestionario): TP por evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite y antisocial. La entrevista consta de tres columnas: en la primera se encuentran las preguntas o ítems, en la segunda los criterios diagnósticos del *DSM-IV* y en la tercera las cuatro opciones de respuesta. Cuando la persona da «información inadecuada», se marca ?; cuando la respuesta es criterio «ausente o falso», se marca 1; cuando casi se alcanza el criterio, corresponde a «subumbral» y se puntúa 2; y cuando el criterio es «presente o verdadero», se marca 3. Para obtener un 3 es necesario que la persona explique de manera convincente y con ejemplos el criterio evaluado, además de ser un patrón persistente, inflexible y que provoca malestar o deterioro. Se contabilizan las veces que se ha dado la calificación de 3 y se determina si iguala o supera el número mínimo de criterios para el diagnóstico del TP en estudio (Esbec, Echeburúa, 2014; First, Gibbon, Spitzer, Williams, Smith, 1999).

El *SCID-II* se puede administrar con el cuestionario y sin él. En el primer caso, los ítems del cuestionario empiezan por la pregunta que se desea formular, y la entrevista empieza por «usted ha dicho que...» y el resto de la pregunta. Por ejemplo, en el cuestionario se pregunta: «¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?»; en la entrevista figura: «Usted ha dicho que evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien, ¿me podría dar algunos ejemplos?». En el caso de que solo se realice la entrevista, las preguntas coinciden con las del cuestionario y se adjuntan las preguntas abiertas para que la persona indique ejemplos, motivos o grado de malestar (Esbec, Echeburúa, 2014; First, Gibbon, Spitzer y otros, 1999).

3.3. Examen internacional para los trastornos de personalidad

El Examen internacional para los trastornos de personalidad (IPDE, en inglés) pretende ser una entrevista natural y espontánea, a la vez que estandarizada y objetiva. Las preguntas se ordenan según seis temáticas: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos, de modo que los criterios que definen cada TP no se encuentran seguidos (como en el *SCID-II*), sino desordenados. Cada bloque temático se inicia con algunas preguntas abiertas que permiten al paciente hablar libremente, y no son puntuables. Esta entrevista tiene dos versiones, la de la *CIE-10* y la del *DSM-IV*. Según ambas clasificaciones los criterios del TP deben estar presentes durante un mínimo de cinco años y antes de los veinticinco años de edad, aunque se permite el diagnóstico de inicio tardío (cuando la transformación de la personalidad se presenta en edad media o avanzada) y en el pasado (en el caso de que se cumplieran los requisitos en el pasado, pero no en los doce meses anteriores a la exploración) (López-Ibor; Pérez-Urdaniz; Rubio-Larrosa, 1996).

Las normas de puntuación son las siguientes: *0* si la conducta o rasgo se considera normal o ausente, *1* si la conducta o rasgo está acentuado o exagerado, *2* en el caso de que el rasgo o conducta sea patológico o se cumpla el criterio, *NA* cuando la respuesta no es aplicable a ese caso en particular y *No* en el caso de que el profesional no tenga clara la puntuación del ítem. En la versión de la *CIE-10*, hay un total de 67 ítems, que evalúan los TP considerados en la misma clasificación, y en la versión del *DSM-IV* un total de 99, destinados a evaluar los TP recogidos en esta clasificación (ver tabla 32) (López-Ibor; Pérez-Urdaniz; Rubio-Larrosa, 1996).

El IPDE permite la obtención de una puntuación categorial, determinando la ausencia o presencia de los diferentes TP, así como una puntuación dimensional sin tener en cuenta si los criterios diagnósticos de cada TP se cumplen de manera rigurosa. Existen formas abreviadas en que se omiten los ítems de aquellos TP que no se consideran de interés (por el motivo de consulta, la derivación, etc.) y un cuestionario autoadministrado. Sin embargo, el número de falsos positivos puede aumentar usando estas versiones abreviadas (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; López-Ibor, Pérez-Urdaniz, Rubio-Larrosa, 1996).

4. Evaluación específica según el trastorno de personalidad en estudio

Si bien, como se ha referido, podría considerarse idóneo en términos de estrategia la combinación de un cuestionario psicopatológico general aplicado, un inventario de personalidad tipo TCI-R que permita extrapolar la sospecha de un posible TP y una entrevista estructurada de cara a la elección y uso de instrumentos de evaluación, cabe hacer hincapié en la posibilidad recomendada de utilizar instrumentos concretos toda vez que la evaluación se orienta a un determinado TP específico. Por su uso extendido en el ámbito clínico-sanitario, se cita una relación resumida en la tabla 33 —puesto que excede del presente capítulo una descripción detallada y completa de los mismos— de los principales test seleccionados y utilizados en psicología para evaluar de forma específica los diferentes TP (adaptado y modificado de Caballo, 2004).

Tabla 33. Cuestionarios o inventarios específicos de evaluación de los trastornos de la personalidad

TP paranoide 301.10 (F60.0): patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan como malévolas las intenciones ajenas.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Escala de paranoia (<i>Paranoia Scale</i> ; Fenigstein y Venable, 1992)	Consta de 20 ítems.	Derivada parcialmente del MMPI. Aplicable a poblaciones normales. Buenos niveles psicométricos de consistencia y fiabilidad test-retest.
TP esquizotípica 301.22 (F21): patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidad en el comportamiento.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Escala de experiencias disociativas (<i>Dissociative Experience Scale</i> , DES; Bernstein y Putnam, 1986)	Consta de 28 preguntas con respuesta en una escala visual analógica.	Evalúa las experiencias de perturbaciones de la propia identidad, memoria, autoconciencia y experiencias de despersonalización y desrealización. Características psicométricas bien establecidas.
Cuestionario de la personalidad esquizotípica (<i>Schizotypal Personality Questionnaire</i> ; Raine, 1991)	Diferentes subescalas.	Evalúa ideas de referencia, pensamiento mágico, viejas creencias y experiencias inusuales.
TP antisocial 301.7 (F60.2): patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Escala para la evaluación del trastorno antisocial de la personalidad (ETAPA; Aluja, 1986)	Consta de 47 ítems.	Mide tres factores: 1) conducta agresiva (fiabilidad de 0,85); 2) desestructuración social (fiabilidad de 0,80); y 3) desestructuración escolar (fiabilidad de 0,77)

Lista de psicopatía (<i>Psychopathy Checklist</i> , PCL; Hare, 1980)	Consta de 22 términos evaluados en la escala de gravedad del síntoma de tres puntos.	Incluye elementos de la personalidad (falta de remordimiento, falta de empatía, relaciones superficiales) y conductas (mentira patológica, conducta irresponsable).
TP límite 301.83 (F60.3): patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen personal y de los afectos, con una marcada impulsividad.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Entrevista diagnóstica para pacientes límite revisada (<i>Diagnostic Interview for Borderlines</i> , DIB-R; Gunderson y Zanarini, 1989)	Consta de 125 ítems.	Evalúa cuatro áreas generales: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales.
Inventario de personalidad límite (<i>Borderline Personality Inventory</i> , BPI; Leichsenring, 1999)	Consta de 53 ítems con respuesta dicotómica (verdadero-falso).	Datos de sensibilidad de 0,85 a 0,89; especificidad de 0,78 a 0,89. Consistencia interna: Alpha de Cronbach de 0,68 a 0,91; fiabilidad test-retest de 0,73 a 0,89. Niveles bajos de falsos positivos y de falsos negativos.
TP Narcisista 301.81 (F60.81): patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Inventario de la personalidad narcisista (<i>Narcissistic Personality Inventory</i> , NPI; Raskin y Terry, 1988)	Consta de 40 ítems de doble formulación.	Evalúa el narcisismo en la personalidad normal, indicando trastorno la obtención de puntuaciones extremas. Aceptable índice de fiabilidad.
Inventario multifásico de O'Brien para el narcisismo (<i>O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory</i> ; O'Brien, 1987)	Consta de 75 ítems de formato dicotómico.	Comprende tres subescalas: trastorno de personalidad narcisista, personalidad narcisista extremada y actitud artificial. Teóricamente, diferencia entre personalidades narcisistas de tipo clínico y no clínico.

TP obsesivo-compulsivo 301.4 (F60.5): patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.		
<i>Instrumento</i>	<i>Estructura</i>	<i>Observaciones</i>
Escala de rasgos de Lazare Klerman (<i>Lazare Klerman Trait Scale</i> ; Lazare, Klerman y Armor, 1966).	Consta de 200 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso).	Evalúa tres dimensiones: dependencia, obsesividad e histeria.
NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1985).	Consta de 240 elementos, a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones.	Evalúa cinco factores principales: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad (cada factor se descompone en seis facetas). Incluye dimensión de escrupulosidad, que puede asimilarse a aspectos no clínicos de la obsesividad y la compulsividad.

Fuente: elaboración propia.

Algunos TP no disponen de instrumentos específicos de evaluación, por lo que los profesionales tienden a hacer uso de los instrumentos ya descritos, como el *MMPI-II*, *PAI*, *MCMI-III*, *SCID-II* o *IPDE*. Tal es el caso de:

- TP esquizoide 301.20 (F60.1): patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una restringida gama de la expresión emocional.
- TP histriónico 301.50 (F60.4): patrón de emotividad y búsqueda de atención excesivas.
- TP evitativo 301.82 (F60.6): patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

- TP dependiente 301.6 (F60.7): patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con la necesidad excesiva de ser cuidado.

A modo de conclusión, y teniendo en cuenta las características descritas de los diferentes instrumentos mencionados, se considera que el *SCID-II* o el *IPDE* deberían ser los instrumentos más recomendables, en combinación con un instrumento psicopatológico genérico (ver capítulo V), para evaluar de qué TP se trata. Por lo que respecta a la alteración funcional del TP diagnosticado, se debería complementar con el TCI-R, siendo las dimensiones de autodirección y cooperación las indicativas del grado de autocontrol y adaptación de la persona. No obstante, cabe destacar la posibilidad y, eventualmente, la conveniencia de complementarlo con el uso de los instrumentos específicos descritos cuando se sospeche de un TP concreto. Como última consideración, se debe mencionar la necesidad del desarrollo de herramientas evaluativas adecuadas al espectro de los TP, así como paliar las dificultades existentes (por ejemplo, su extensión). Sería conveniente orientar la investigación futura a resolver tales circunstancias, atendiendo a la prevalencia e incidencia en el bienestar biopsicosocial de quien padece los TP.

Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.^a ed.) Madrid: Panamericana.
- Belloch, A.; Martínez, P.; Pascual, L.** (1996). «Personalidad sana y personalidad trastornada». En: A. Fierro (coord.). *Manual de psicología de la personalidad* (págs. 255-284). Barcelona: Paidós.
- Caballo, V.** (coord.) (2004). *Manual de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013) (coords.). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Esbec, E.; Echeburúa, E.** (2011). «La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V». En: *Actas Españolas de Psiquiatría* (vol. 39, n.º 1, págs. 1-11).
- Esbec, E.; Echeburúa, E.** (2014). «La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones». *Terapia psicológica* (vol. 32, n.º 3, págs. 255-264).
- First, M.; Gibbon, M.; Spitzer, R. y otros** (1999). *SCID-II, Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Gutiérrez-Zotes, J. A.; Bayón, C.; Montserrat, C. y otros** (2004). «Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general». En: *Actas Españolas de Psiquiatría* (vol. 32, n.º 1, págs. 8-15).
- López-Ibor J. J.; Pérez-Urdaniz, A.; Rubio-Larrosa, V.** (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud** (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (décima revisión)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Capítulo X

Evaluación en psicogeriatría y demencias

Josep Deví Bastida, Sandra Lefler, Sònia Magán, Susanna Jofre

Las unidades y servicios destinados a la atención de pacientes ancianos con trastorno mental o con deterioro cognitivo están integrados dentro de los niveles asistenciales de atención primaria, atención especializada (unidades de agudos, unidades de media estancia o convalecencia, unidades de larga estancia, unidades de demencia ubicadas desde consultas externas a unidades de media y larga estancia hasta el medio residencial, hospitales de día, equipos de atención y soporte domiciliario —PADES—, unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias —UFISS—, etc.) y servicios sociales, tanto comunitarios (ayuda social a domicilio, centros de día, entre otros) como institucionales (residencias). Cada nivel asistencial tiene determinados objetivos (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación/estimulación) dependientes de la atención requerida, de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente y de las posibilidades de intervención desde el punto de vista médico, psicológico, funcional o social. El contenido de este proceso de evaluación va a diferir en función de los objetivos, los niveles asistenciales y las características inherentes al paciente, todo y que el fin último en todos los casos es la efectividad en el diagnóstico, el tratamiento del paciente psicogeriátrico o con demencia y, consecuentemente, la calidad de vida de su entorno familiar (Agüera, Cervilla, Martín, 2006; Alberca, López-Pousa, 2011; Sánchez, Agüera, Martín y otros, 2011).

1. Generalidades sobre la evaluación neuropsicológica en el anciano

La evaluación neuropsicológica, enmarcada dentro del proceso de evaluación psicológica clínica, permite obtener información objetiva y medible del estado cognitivo y conductual del sujeto, y requiere un conocimiento previo acerca del paciente en cuestiones como el nivel cultural/de escolarización, nivel auditivo y visual, dominancia manual, idioma (lengua materna y de uso), nivel de alerta y, si es posible, también de psicopatología premórbida. Existen factores que influyen en el rendimiento de la evaluación neuropsicológica, por lo que no debe olvidarse todo un repertorio de variables que van a tenerse que controlar con el fin de que no sesguen la evaluación neuropsicológica y, consecuentemente, la información que finalmente se obtiene de ella: a) del demenciado (edad, comorbilidad, estado psicofísico, grado de evolución de la demencia —si la presenta—, nivel cultural y situación socioeconómica); b) de los cuidadores (conocimiento del enfermo y estado emocional); c) de los profesionales (experiencia sobre los test o instrumentos psicométricos y relación previa con el paciente); y d) del medio (domicilio, hospital general, hospital sociosanitario, hospital de día, centro de día o residencia) (Alberca, López-Pousa, 2011; Sánchez, Agüera, Martín y otros, 2011; Deví, Altimir, 2008).

2. La entrevista clínica a ancianos y la evaluación neuropsicológica

La entrevista a un paciente anciano es un acto clínico-sanitario complejo que deriva de procesos relacionados con el

posicionamiento del profesional en el ámbito gerontológico, la sensibilidad y formación del entrevistador para la detección de psicopatología, el entorno en el que se realiza (domiciliario, hospitalario o ambulatorio), el estado cognitivo y funcional del paciente, la existencia o no de informantes válidos, etc. Por ello, al realizar la entrevista clínica es conveniente trabajar con un tipo de entrevista capaz de crear un ambiente emocional cálido, ya que el objetivo es diagnóstico-terapéutico; lo que se pretende es encontrar información sobre las conductas-problema, la capacidad de aprendizaje, las capacidades conservadas y las capacidades deficitarias, y también una recopilación de signos y síntomas del estado mental. La importancia de realizar una buena valoración psicopatológica y cognitiva obliga a considerar una forma sistemática para la recogida de datos, teniendo siempre en cuenta que es el profesional quien, en función del desarrollo particular de cada entrevista, va a determinar el orden a seguir y la duración de las distintas fases (Agüera, Cervilla, Martín, 2006; Alberca, López-Pousa, 2011; Sánchez, Agüera, Martín y otros, 2011; Deví, 2012; Deví, Altimir, 2008).

Una particularidad de la entrevista clínica a ancianos es que se suele desarrollar en presencia de otras personas, generalmente familiares, sobre todo en las entrevistas de evaluación del deterioro cognitivo. Un entrevistador experimentado sabrá reconocer la validez de la información aportada por los acompañantes y situar la figura del cuidador principal. En ocasiones, la actitud de los informadores puede entorpecer el desarrollo de la entrevista al adoptar posiciones de «víctima sobre la que recae el peso de la sintomatología del paciente». Otras veces, aparecen familiares que normalmente no conviven con el paciente y, por ello, tienden a infravalorar las consecuencias de la enfermedad y su repercusión en la esfera familiar. No es extraño encontrarse con personas que, sin mala

intención, malinterpretan tratamientos, olvidan recomendaciones, etc., lo que comporta que, en ocasiones, también el acompañante se convierta con el tiempo en paciente. Es primordial establecer de forma precisa cuál es el motivo de consulta, cuánto tiempo hace del inicio de los primeros síntomas y cómo aparecieron, además de si se acompaña o no de sintomatología física. Hay que recoger los antecedentes familiares y personales, la exposición a tóxicos, las alergias o reacciones adversas a fármacos y realizar una amplia historia clínica que incluya una anamnesis por apartados (Agüera, Cervilla, Martín, 2006; Alberca, López-Pousa, 2011; Sánchez, Agüera, Martín y otros, 2011).

Desde este ámbito, se puede trabajar con protocolos de exploración específicos o con una entrevista abierta (en función de la clínica) donde se valore la apariencia y el comportamiento, la existencia de trastornos específicos del comportamiento, el estado afectivo, el curso y el contenido del pensamiento, las alteraciones de la sensopercepción y la introspección. En general, se puede llevar a cabo teniendo en cuenta: a) la observación de la conducta, apariencia; b) la conversación con el paciente —qué nos cuenta, cómo nos lo cuenta, etc.—; c) la exploración activa de los síntomas, preguntando directamente por ellos.; d) la información aportada por familiares, acompañantes y personal sanitario; y e) el uso de instrumentos estandarizados.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, existen en el mercado multitud de pruebas, de las cuales tan solo es necesario utilizar y conocer unas pocas, siempre y cuando sean efectivas. En consecuencia, se mencionan algunas de las pruebas, test o baterías más utilizados en la clínica actual, de reconocido prestigio en todo el mundo. Además, por lo que respecta a la evaluación cognitiva, se diferencian entre pruebas que evalúan funciones específicas y baterías generales. Las primeras evalúan funciones como la memo-

ria, atención, lenguaje, capacidad visuoespacial, entre otras; son pruebas como la Curva de aprendizaje de Rey, el Test de retención visual de Benton (TRVB) o el Test de la figura compleja de Rey. Por otro lado, entre las baterías generales, que combinan varias de estas pruebas específicas, pueden considerarse la Batería neuropsicológica Luria-Nebraska, el Test Barcelona —Programa integrado de exploración neuropsicológica cuantificada (PIENC)— y la Batería neuropsicológica de Halstead-Reitan, entre otras. Adicionalmente, también deben considerarse las pruebas de *screening* o de cribado; como su nombre indica, pretenden una evaluación cognitiva rápida de los pacientes para establecer su estado cognitivo, como por ejemplo el Miniexamen cognoscitivo, el SPMSQ, la Escala de Blessed, el *Mini-Mental State Examination* o el MOCA. Asimismo, también las escalas clínicas globales para la evaluación de la demencia, como son la *Clinical Dementia Rating Scale* y la *Global Deterioration Scale*, entre otras. Conviene recordar que, de cara a la valoración psicopatológica, hay instrumentos con los que practicar un examen psicogeriátrico para la detección de trastornos mentales en la vejez, como es el CAMDEX, que cuenta con una versión validada y adaptada a la población española —en el apartado 10.5 se describen otros instrumentos para valorar diversas áreas de la esfera psicopatológica— (Agüera, Cervilla, Martín, 2006; Alberca, López-Pousa, 2011; Sánchez, Agüera, Martín y otros, 2011; Deví, Altimir, 2008).

3. La evaluación funcional

Mención aparte se hace de la evaluación funcional, puesto que no es exclusiva del psicólogo; como se ha comentado con anterioridad, el profesional que la realiza se escoge en función

del tipo de recurso asistencial y de los diferentes servicios/ unidades de la atención primaria y la especializada. Es necesario que se evalúe la capacidad funcional del paciente con respecto a las actividades de la vida diaria (AVD), ya sean básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) o avanzadas (AAVD). La evaluación funcional puede realizarse mediante la información obtenida de forma verbal o por observación directa, con lo cual los resultados suelen ser diferentes. En el caso de la observación directa, se hace imprescindible tener un lugar idóneo para ello y, además, tiempo. La información que se obtiene en la evaluación funcional puede ser recogida tanto a través del paciente como de una persona cercana a este, que suele ser el cuidador principal (familiar o profesional). Se puede hacer la evaluación mediante un juicio clínico, utilizando instrumentos para su valoración, o también —en el mejor de los casos— combinando ambas posibilidades. Hay que tener en cuenta que cuando el paciente padece algún tipo de patología aguda, la evaluación de la situación funcional del mismo no es válida, dado que el enfermo está apartado de su entorno habitual y se encuentra bajo los efectos del estrés o angustia por la situación que sufre (Alberca, López-Pousa, 2011; Deví 2002; Ruano, Jentoft, Montalvo y otros, 2014).

Las principales escalas de ABVD serían, entre otras, el PULSES, el Índice de Katz, el Índice de Barthel, la Escala de autocuidado de Kenny, la Escala de autocuidado físico, la Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y la Subescala OARS-actividades de la vida diaria, entre otras. Las principales escalas de AIVD serían la PGC-IADL, la OARS-IADL, la PACE II-IADL, la OARS-IADL adaptada y la PGC-IADL adaptada, entre otras. Las principales escalas de AAVD serían la Escala de salud funcional, la Escala de valoración funcional, el Gráfico COOP de valoración funcional, el Patrón de actividad funcional, la Escala

física de actividades avanzadas de la vida diaria y la Escala AVD alzheimer, entre otras.

4. Instrumentos de evaluación cognitiva

4.1. Instrumentos de *screening* o cribado

1) *Mini-Mental State Examination* (MMSE). Permite la valoración breve de las capacidades cognitivas. Consta de preguntas sobre 1) orientación temporal y espacial; 2) registro mnésico; 3) atención y cálculo; 4) recuerdo; y 5) lenguaje y praxis constructiva. Lo puede administrar personal sanitario entrenado y tiene una duración de 10 minutos. Se dan puntos en función de las respuestas del paciente, y las puntuaciones más bajas indican mayor alteración (puntuación máxima: 30). Los rendimientos están influenciados por el nivel cultural de los sujetos y, consecuentemente, se requiere adaptar los puntos de corte a las características sociodemográficas de los pacientes. En general, se acepta un punto de corte de 24 en las personas escolarizadas, y en sujetos no escolarizados el punto de corte es de 18. Existe una adaptación española, el Miniexamen cognoscitivo (MEC), que introduce cambios en los ítems (dígitos y categorías) y en la puntuación de la original: la versión consta de 35 puntos (punto de corte en 23-24) y la abreviada de 30 puntos, la cual mantiene los mismos ítems (punto de corte en 22-23).

2) Test del dibujo del reloj (*Clock Drawing Test*, CDT). Instrumento heteroaplicado. Entre 5 y 10 minutos de duración. Requiere un correcto desempeño de las siguientes áreas: análisis visual, percepción, ejecución motora, lenguaje y comprensión,

atención y conocimiento numérico. El objetivo es la evaluación de las capacidades cognitivas de planificación y construcción (praxias constructivas y gnosis visoespaciales). Máximo, 9 puntos: entre 7 y 9, normal; menos de 7, deterioro cognitivo en las áreas citadas.

3) Set-Test. Instrumento heteroaplicado. Útil como despistaje en la detección rápida de la demencia. Unos 4 minutos de duración. Explora fluencia verbal, nominación y memoria semántica, solicitando al sujeto que nomine tantos ítems como pueda recordar de cuatro categorías, presentadas de modo sucesivo y en un orden preestablecido. Las categorías o sets son: colores, animales, frutas y ciudades. Un punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 en cada set (total, 40 puntos). Punto de corte: adultos 29; ancianos 27; instrumento original 25.

4.2. Instrumentos de evaluación de funciones cognitivas específicas

1) Figura compleja de Rey. Heteroaplicada. Duración: 10 minutos. La corrección se realiza según criterios operativos referidos a la estructuración global del dibujo y a cada uno de los elementos que lo forman. Figura A (adultos) y Figura B (niños). Permite el estudio de la organización perceptiva visual, memoria inmediata visual y praxias constructivas. A la vez permite comprobar si los déficits de memoria provienen de fallos en los procesos mnésicos o se deben a una percepción anormal de los datos.

2) Test de denominación de Boston. Evalúa el lenguaje y conocimiento semántico mediante la valoración de la habilidad para reconocer y nombrar objetos dibujados en una cartulina. El

test original incluye sesenta dibujos. Una parte son considerados frecuentes y simples, y la otra raros. Existen versiones abreviadas (15 ítems). También se pueden seleccionar submuestras aleatorias. Puntuación: equivale al número de aciertos, con un punto de corte de 52 ítems correctos.

3) Test de retención visual de Benton. Escala heteroaplicada. A partir de diez años de edad. Evalúa la percepción visual, memoria visual inmediata y praxias constructivas. Instrumento no verbal de 10 minutos de duración. Compuesto por cuatro series paralelas de diez láminas cada una, pudiendo ser administradas de cuatro maneras diferentes. Junto con los cuatro modos de administración, existen tres formas paralelas del test: C, D y E. La manera A con forma C es un poco más fácil que las formas D y E.

4) Test de Stroop (Test de colores y palabras). Evalúa la interferencia y capacidad de inhibición de respuesta de forma heteroaplicada. Población de siete a ochenta años. Tiempo de administración de 5 a 8 minutos. Solo exige un nivel educativo elemental y no está sujeto a influencias culturales. Tres puntuaciones principales: a) P: número de palabras leídas en la primera lámina; b) C: número de elementos realizados en la lámina de los colores; y c) PC: número de elementos realizados en la tercera lámina. La puntuación directa obtenida debe corregirse después en función de la edad para su interpretación (resultados interpretables en distintas dimensiones).

5) Test de cartas de Winsconsin. Heteroaplicado. Tiempo de administración variable. Edad de aplicación, de seis años y medio a ochenta y nueve. Medida de la función ejecutiva que requiere estrategias de planificación, indagaciones organizadas y utilización del *feedback* ambiental para cambiar esquemas. Se utiliza como medida del funcionamiento prefrontal dorsolateral.

Contiene cuatro tarjetas-estímulo y ciento veintiocho tarjetas-respuesta; las tarjetas presentan varias formas (cruz, círculo, triángulo, estrella), colores (rojo, azul, amarillo, verde) y número de figuras (una, dos, tres, cuatro). No existe traducción, puesto que es un instrumento basado en estímulos no verbales y libres de influencias culturales.

6) Test del trazado, parte A y B. Test neuropsicológico específico de valoración prefrontal. Parte A: conexión mediante el trazo con un lápiz de veinticinco números en orden creciente y dispuestos aleatoriamente en una página. Evalúa principalmente la atención y la función motora. Puntuación: es el tiempo empleado en su ejecución. Parte B: se realizan dos tareas a la vez, evaluando la capacidad de secuenciarlas. Es similar a la parte A, pero se pide al paciente que una, mediante un trazo, números y letras en un determinado orden.

4.3. Baterías generales de evaluación cognitiva: test Barcelona abreviado (TB-A)

Exploración neuropsicológica general de longitud intermedia a partir de la versión inicial y completa del test. Contiene los principales apartados de la versión extendida. Consta de 55 ítems, que evalúan orientación, lenguaje, lectura, escritura, reconocimiento visual, memoria y abstracción. Tiempo de administración promedio de 30 a 40 minutos. Se realiza una puntuación específica por subtest según las normas del manual. El resultado de cada subtest se pasa a la hoja de registro (perfil) correspondiente con la edad y escolaridad del sujeto. Se obtiene un perfil (gráfico) en el que se observan las capacidades preservadas y alteradas. A partir de la puntuación bruta de cada subtest se realiza una

reconversión en una escala ordinal (0, 1, 2). El sumatorio de esta reconversión da lugar a una puntuación que puede oscilar entre 0 y 110 (máximo posible obteniendo dos puntos en cada uno de los 55 ítems). La puntuación obtenida se reconvierte a una escala donde la media es 100 y la DE 15 (equivalente CI). Existen cinco grupos normativos en función de la edad y escolaridad del sujeto. El punto de corte que mejor separa los sujetos normales y con trastorno cognitivo leve de los pacientes con demencia es 85, y dicha puntuación equivale a -1 DE en relación con cada grupo normativo.

4.4. Instrumentos globales para realizar un examen psicogeriátrico: *Cambridge Mental Disorders Elderly Examination* (CAMDEX)

Instrumento psicométrico desarrollado para detectar trastornos psicogeriátricos que incluye, en una única prueba, todos los elementos necesarios para establecer el diagnóstico clínico de los tipos más habituales de demencia y detectarlos en estadios incipientes. También cubre los diagnósticos diferenciales más frecuentes: la depresión, el delirium y los estados paranoides. La versión española está compuesta por 334 ítems estructurados en varias secciones. Las secciones A (100 ítems), C (25 ítems) y H (96 ítems) aportan información psicopatológica a través de métodos de entrevista (entrevista psiquiátrica estructurada al paciente, al cuidador principal o familiar) y observación directa del sujeto durante la entrevista. La sección B (CAMCOG) permite realizar una valoración cognitiva completa. Presenta buena validez (de contenido, concurrente y de criterio frente a *gold standar*) y buena fiabilidad interobservador.

4.5. Escalas clínicas de estadiaje global para la evaluación de la demencia

1) *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR). Proporciona una medida global del grado de demencia mediante seis ámbitos cognitivos y funcionales: memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, capacidad en la comunidad, capacidad en casa y en aficiones y cuidado personal. El tiempo de administración depende del conocimiento que el clínico tenga del caso, aunque en general se requiere una entrevista clínica previa. Se puntúa mediante la comparación de los datos del paciente con cada uno de los grados señalados en cada variable de la escala (0 para normalidad; 0,5 si se dan casos de trastornos dudosos; y 1, 2 o 3 en caso de trastornos leves, moderados o graves). El paciente se adscribe a la categoría más adecuada de cada variable, y la puntuación final depende del conjunto de puntuaciones obtenidas en las diversas variables, con la tendencia a que la puntuación de la memoria sea la dominante. Se realiza, también, una puntuación llamada *sum of boxes* ('suma de las casillas'), con la que se obtiene la puntuación media final. Presenta buena fiabilidad interevaluador con un coeficiente de correlación de 0,89, fiabilidad confirmada en estudios longitudinales y validación frente a otros instrumentos.

2) *Global Deterioration Scale* (GDS). Evaluación de las fases de deterioro, desde la normalidad hasta las fases más graves de la demencia. Presenta una descripción de siete fases características de la evolución, de la normalidad a las fases más graves de la demencia tipo alzheimer. El tiempo de administración es de 2 a 3 minutos si se dispone de la información requerida, de otra forma se requiere una entrevista dirigida como el instrumento mencionado anteriormente. Para puntuarla, se escoge la fase que mejor describe la clínica actual del paciente. La validez general de

la escala GDS se ha establecido a través de estudios de validez de contenido, validez concurrente y convergente y fiabilidad, y presenta alta validez concurrente con otros instrumentos como el MMSE. La fiabilidad test-retest e interevaluador está por encima de 0,90.

5. Instrumentos de evaluación psicopatológica y funcional

5.1. Instrumentos generales de evaluación psicopatológica y conductual

1) Inventario neuropsiquiátrico (NPI). Entrevista estandarizada que explora diez aspectos diferentes: delirios, alucinaciones, agitación, depresión y euforia, entre otros. Proporciona información sobre la presencia de síntomas neuropsiquiátricos y conductuales en pacientes con disfunción cerebral. Aunque está diseñado para la aplicación en enfermos de alzheimer y otras demencias, también se emplea para evaluar cambios conductuales en otras condiciones médicas. Heteroaplicada, se administra al familiar o cuidador del paciente. Tiempo de aplicación entre 10 y 30 minutos, dependiendo de las alteraciones psicopatológicas presentes. Buena validez (de contenido, concurrente y de criterio frente a *gold standar*), fiabilidad test-retest e interobservador, así como óptima consistencia interna y sensibilidad al cambio.

2) Escala de exploración de la enfermedad de alzheimer (ADAS). Escala para la evaluación de la enfermedad de alzheimer compuesta por dos subescalas (21 ítems totales) con un nivel elevado de fiabilidad interobservador y test-retest. La subescala

cognitiva consta de 11 ítems (denominación, orientación, praxias constructivas, etc.) y la no cognitiva de 10 (depresión, alucinaciones, delirios, falta de cooperación, etc.). Es heteroaplicada. La puntuación total es de 120 (70 puntos en la escala cognitiva y 50 puntos en la escala no cognitiva). La puntuación de los ítems del ADAS no cognitivo oscilan entre 0 (sin déficit) y 5 (déficit máximo). Tiempo de administración entre 30 y 45 minutos.

5.2. Instrumentos de evaluación de los trastornos del humor o estado afectivo

1) Escala de depresión de Cornell en la demencia (CSDD). Diseñada para evaluar la depresión en los ancianos con deterioro cognitivo o demencia. Intenta valorar los signos asociados a los trastornos depresivos, prescindiendo de las experiencias subjetivas del paciente. Escala heteroaplicada compuesta por 19 ítems que valoran cinco áreas de la depresión. Tiempo de administración unos 30 minutos. Los ítems se puntúan con 0 (ausente o no aparece), 1 (ligero o intermitente) o 2 (grave o frecuente), y después del juicio que hace el clínico, una vez ha hablado con el cuidador del paciente. Presenta buena fiabilidad y validez. Puntuaciones superiores a 8 sugieren depresión leve, y superior a 12 depresión moderada del anciano con demencia. También validada para ancianos sin demencia.

2) Escala geriátrica de depresión (GDS). Escala autoaplicada de depresión construida específicamente para personas ancianas. Consta de 30 ítems formulados como preguntas y con respuestas dicotómicas sí/no. Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando la de todos los ítems. Cada ítem puntúa entre 0 y 1, por lo que la puntuación total en la GDS oscila entre 0 y

30. Puntos de corte recomendados: de 0 a 10 puntos se considera una puntuación normal, y de 11 a 30 una posible depresión. Presenta elevada consistencia interna y buena validez concurrente con las escalas de depresión de Hamilton y la de melancolía de Beck, con una correlación de Pearson de 0,77 que confirma su utilidad clínica.

3) Escala de ansiedad de Hamilton (HARS). Es una escala de estado y de administración heteroaplicada. El objetivo es evaluar la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad (un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido). El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. La evaluación de la ansiedad en la población con demencia no suele ser valorada con escalas específicas de ansiedad, sino dentro de una valoración global de los síntomas neuropsiquiátricos (por ejemplo, con las escalas NPI o Behave-AD).

5.3. Otros instrumentos de valoración psicopatológica

1) *Delirium Rating Scale* (DRS). De aplicación a población geriátrica. Escala heteroaplicada, donde el informador es el propio paciente. Consta de 10 ítems, que reflejan los criterios diagnósticos del delirium. Adaptada a la población española. Administración en unos 10 minutos. La puntuación máxima es de 32 puntos, y a mayor puntuación mayor posibilidad de diagnosticar el delirium. Presenta buena validez de contenido, validez concurrente, fiabilidad interobservador y consistencia interna.

2) *Burden Caregiver Interview* (Zarit). Evalúa la sobrecarga del cuidador y se administra al cuidador principal de la persona con demencia. Mide el grado en que este percibe de forma subjetiva que sus actividades de cuidado perturban su propia salud física y emocional, y su situación económica. Consta de veintidós expresiones que reflejan sentimientos habituales en quienes cuidan a otra persona, y el entrevistado debe señalar la frecuencia con que él los experimenta. No se conocen referencias en la literatura sobre sus propiedades psicométricas o datos normativos previas a 1996, cuando se realizó una adaptación española de la escala con buena fiabilidad y consistencia interna. Los profesionales dedicados a la gerontología manifiestan la utilidad de esta escala para determinar el estrés de quienes cuidan a enfermos con demencia, siendo el instrumento más utilizado para evaluar la carga familiar (Martínez; Fernández; Martín y otros, 2015).

5.4. Instrumentos de evaluación funcional

1) Índice de Barthel. Recomendada por la British Geriatrics Society, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional en ABVD de pacientes con patología cerebrovascular y demencia vascular. Buena validez concurrente con el Índice de Katz y elevado valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de la estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta hospitalaria en pacientes con accidente vascular cerebral agudo. Muy buena reproductibilidad, con coeficientes kappa ponderado intraobservador de 0,98 e interobservador de 0,88. Consta de 10 ABVD. Su puntuación va de 0 a 100 (90 para pacientes en silla de ruedas). Sus resultados globales se pueden agrupar en cuatro grupos de dependencia: a)

total < 20; b) grave = 20-35; c) moderada = 40-55; y d) leve > 60 (Deví 2002; Ruano, Jentoft, Montalvo y otros, 2014).

2) PGC-IADL (Lawton y Brody). Conocida también como *Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities Daily Living*. Sigue siendo la escala más recomendada para la evaluación de las AIVD. Es muy sensible a los cambios en las demencias leves. Buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE. Tiene buena consistencia interna y sus ítems están ordenados jerárquicamente. En el estudio original, el coeficiente de Pearson para la fiabilidad interobservador fue de 0,85. Consta de 8 AIVD y su puntuación va desde 0 (dependencia total) hasta 8 (independencia total) (Deví 2002; Ruano, Jentoft, Montalvo y otros, 2014).

Bibliografía

- Agüera L.; Cervilla, J.; Martín M.** (2006). *Psiquiatría geriátrica* (2.^a ed.) Barcelona: Masson.
- Alberca, R.; López-Pousa, S.** (2011). *Enfermedad de alzheimer y otras demencias* (4.^a ed.) Madrid: Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.^a ed.) Madrid: Panamericana.
- Deví, J.** (2002). *La valoración funcional y la Escala AVD Alzheimer*. Barcelona: Prous Science.
- Deví, J.** (2012). «Intervención psicológica en los síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia». En: J. Deví (coord.). *Manual de intervención clínica en psicogerontología* (págs. 147-184). Barcelona: Herder.
- Deví, J.; Altimir, S.** (2008). *Consejos, estrategias y pautas para las demencias y enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Thomson Reuters Prous Science.
- Martínez, A. M.; Fernández, F. C.; Martín, A. B. B. y otros** (2015). «Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia». *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* (vol. 5, n.º 2, págs. 281-292).
- Ruano, T. F.; Jentoft, A. J. C.; Montalvo, J. I. G. y otros** (2014). «Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriátrica españoles». *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* (vol. 49, n.º 5, págs. 235-242).
- Sánchez, M.; Agüera, L.; Martín, M. y otros** (2011). *Guía esencial de psicogeriatría (Sociedad Española de Psicogeriatría)*. Madrid: Médica Panamericana.

Capítulo XI

Evaluación en psicooncología y cuidados paliativos

Tania Estapé, Núria Gondón

Cuando se habla de cáncer, se hace referencia a uno de los problemas más importantes de salud, ya que es una de las principales causas de mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en septiembre de 2018, alertó de que a lo largo del año al menos 9,6 millones de personas en el mundo fallecerían a causa de un tipo de cáncer. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) publicó también en septiembre de 2018 que el cáncer había aumentado hasta 18,1 millones de casos nuevos. Según la OMS, este incremento se debe a factores como el crecimiento de la población, el envejecimiento de la misma o a hechos relacionados con el desarrollo social y económico. En España, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), durante el año 2018, estimó en 228.482 los casos nuevos de cáncer. En Cataluña, en el año 2016, se detectaron 38.600 nuevos casos de cáncer, según la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya.

1. Conceptualización de términos

Todos los datos epidemiológicos y estadísticos ponen de relieve la importancia de esta enfermedad. Pero ¿qué es el cáncer? Muchas son las respuestas, justificaciones y fábulas que giran

alrededor de esta palabra, pero ninguna da un concepto conciso debido a que el cáncer no es una única enfermedad, sino un grupo de enfermedades cuyo denominador común es una célula, o grupo de ellas, que se transforma y evoluciona para formar un tumor que crece e invade tejidos u órganos, siendo capaz de producir metástasis. Si no hay un tratamiento adecuado y efectivo, produce la muerte del enfermo (Etapé; Estapé, 2013).

Cuando debuta la enfermedad, las fases por las que atraviesa el enfermo y su familia están cargadas de ansiedad e inseguridad. Desde el diagnóstico hasta la recuperación física, es un tiempo difícil. Si no se supera la enfermedad, se entra en la fase final, que requiere cuidados paliativos, que según la OMS (2002) es «el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos». Debe puntualizarse que los cuidados paliativos no solo abarcan a los enfermos oncológicos, sino que existe un gran abanico de enfermedades crónicas, estados mentales degenerativos e incapacidades en general que pueden abocar a ellos, si bien está claro que el enfermo oncológico es uno de sus muchos protagonistas (Cruzado, 2014).

Recibir un diagnóstico de cáncer provoca un impacto emocional negativo que, en un inicio, todo enfermo y su familia acusa debido a la sola mención del vocablo, ya que muchas personas lo unen a la posible y cercana muerte física. Pero no todos los individuos perciben su propia enfermedad de la misma manera, depende de su cultura, sociedad, familia y religión. Por lo tanto, se

presenta una variedad de situaciones y sintomatología emocional —no siempre indicadora de alteración psicológica— que suponen un conjunto de problemas que pueden incidir en el enfermo y su familia durante un largo período de tiempo, e incluso llegar a cronificarse.

Podría parecer que el cáncer fue una enfermedad del siglo XX, pero la realidad es otra, ya que se tiene conocimiento de ella desde a.C. Sin embargo, sí es verdad que en los dos últimos siglos su visibilización y su terapéutica ha salido a la luz. Es necesario dar un breve repaso histórico para poder conocer mejor la situación de la oncología, los cuidados paliativos y la psicooncología, entendida esta como la «disciplina que estudia el estado emocional del enfermo de cáncer, a su familia y al personal sanitario que lo atiende (enfoque psicosocial), así como los factores psicológicos o conductuales que pudieran desencadenar o influir en el desarrollo y progresión de esta enfermedad (enfoque psicobiológico)» (Cruzado, 2014; Holland, 2002).

2. Breve reseña histórica

Varios siglos a.C. ya existían pruebas fidedignas de la existencia del cáncer, pero no ha sido hasta los dos últimos siglos que esta enfermedad ha adquirido una mayor relevancia (tabla 34). También se puede apreciar cómo han ido apareciendo conceptos con el paso de los años hasta formar el léxico específico relacionado con el cáncer que se utiliza en la actualidad. Distinta es la historia de los cuidados paliativos, ya que es un área joven, forzada por las necesidades de atención a pacientes y familiares de enfermos terminales (Holland, 2002).

Tabla 34. Breves reseñas históricas en la conceptualización del cáncer y los cuidados paliativos

Fecha	Breve descripción de los acontecimientos acaecidos
A.C.	Descubrimiento del papiro de Ebers, donde aparece la descripción de ocho mujeres con cáncer de mama. Hipócrates destaca el medio ambiente social como un factor etiológico de enfermedad, propone la primera <i>teoría humoral</i> y utiliza por primera vez la palabra <i>carcinoma</i> . Galeno explica las primeras relaciones entre psicología y cáncer. Leonidas de Alejandría describe por primera vez una mastectomía.
Edad media	La medicina es ejercida por sacerdotes y monjas en monasterios. Se dedican más a la teoría que no al alivio de la enfermedad.
Renacimiento	A través de las autopsias, se observa directamente el tumor y se conoce su extensión. Se trata el cáncer con aceite, vinagre y leche, y se mantiene la idea de que es contagioso.
Barroco	Se descubre la causa del cáncer de escroto y su descripción es la primera a nivel profesional. Se funda el primer servicio de oncología en el hospital general de Middlesex, Londres.
Industrialización Siglo XIX	El cáncer se convierte en sinónimo de muerte. Se funda en Londres la primera sociedad para la investigación del cáncer. Se crea la doctrina de que el cáncer es producido por la multiplicación celular. Se descubre la anestesia, la asepsia, la antisepsia y, gracias a ello, se puede realizar la cirugía oncológica. Los esposos Curie descubren el polonio y el radium, que son la base del tratamiento de la radioterapia.
Siglo XX, década 1910	Se crea la American Cancer Society (ACS) para dar a conocer a la población los síntomas, tratamientos y prevención del cáncer. Freud relaciona el cáncer y la depresión como dos cuadros clínicos interrelacionados por la medicina psicosomática.
Siglo XX, década 1920	En Cataluña se publica <i>Cartilla popular del cranc</i> para divulgar entre la población síntomas iniciales de la dolencia. Se constituye la Lliga Catalana contra el Càncer y se pone la primera piedra del servicio oncológico del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona.
Siglo XX, década 1930	Se funda el Instituto Nacional de Cáncer Americano para la educación sobre el cáncer en la población en general.
Siglo XX, década 1940	Nace la era de la quimioterapia antineoplásica moderna.

Fecha	Breve descripción de los acontecimientos acaecidos
Siglo xx, década 1950	Sutherland y colaboradores realizan los primeros trabajos en psicooncología sobre mastectomía y colostomía, y a la vez se establece la primera unidad psiquiátrica en el hospital oncológico Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York.
Siglo xx, década 1960	Holland estudia los aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales del comportamiento en el cáncer. Kübler-Ross estudia el comportamiento de los pacientes moribundos. La doctora Cicely Saunders implanta los cuidados paliativos en el hospicio de St. Christopher's en Londres con el objetivo de cubrir las necesidades de los enfermos terminales.
Siglo xx, década 1970	La medicina comportamental realiza las primeras terapias psicológicas con enfermos oncológicos para el tratamiento de las náuseas y vómitos anticipatorios. Engel desarrolla el modelo médico donde el enfermo y su dolencia son un hecho bio-psio-social. El National Center Institute, en USA, crea la primera unidad de osicooncología. Solomon estudia la psicoimmunología.
Siglo xx, década 1980	En España se aprueba la especialidad de oncología médica. Morris y Greer proponen el término <i>personalidad C</i> para un patrón de conducta proclive a desarrollar cáncer. El profesor Estapé declara que la oncología médica debe asumir las neoplasias desde un enfoque multidisciplinar. Se forma la International Psycho-Oncology Society. Greer y Watson formulan el concepto de <i>vigilancia inmunológica</i> . El profesor Bayés escribe el primer libro en castellano sobre la psicooncología. Temoshok expone el modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer. Holland publica el libro <i>Handbook of Psycho-Oncology: psychological Care of the patient with cancer</i> . Hay un auge de las unidades de cuidados paliativos.
Siglo xx, década 1990	Kübler-Ross establece una serie de conductas de afrontamiento en el enfermo percibidas antes de llegar a la aceptación de la enfermedad. Se funda la European School of Oncology (ESO). En el ámbito español, Barcelona acoge el primer curso de formación en psicooncología. Se crea, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, la primera unidad de psicooncología. Se forma la Sociedad Española de Psicooncología (SEPO).

Fecha	Breve descripción de los acontecimientos acaecidos
Siglo XXI	La Unesco y los países del Consejo de Europa elaboran los documentos que recogen los principios del Consejo Genético. La OMS estima que hay 32,6 millones de personas en el mundo que han sobrevivido al cáncer, lo que conlleva el abordaje de diferentes problemáticas y poder solucionar las barreras y dificultades que se originan. Aparecen las terapias psicológicas de tercera generación, así como internet y la aplicación de nuevas tecnologías, como el soporte psicológico <i>online</i> o las consultas telefónicas. Se establece una formación específica en psicooncología y cuidados paliativos con el propósito de formar psicólogos especializados en la intervención con enfermos, familiares y personal sanitario.

Fuente: elaboración propia.

3. Necesidad de la evaluación psicológica

La atención sanitaria adecuada del paciente oncológico y del enfermo terminal en todos sus ámbitos conlleva una evaluación continuada de su estado bio-psico-social, al igual que de la familia y del equipo profesional de la salud. Pero ¿qué se debe evaluar? Numerosos autores coinciden en los siguientes constructos: a) bienestar-malestar; b) calidad de vida (sexualidad, dolor, relaciones sociales y relaciones laborales, entre otros; y c) alteración emocional (ansiedad-depresión). Se trata de percepciones subjetivas que muchas veces corresponden a hechos reales. La evaluación, pues, debe ser específicamente diseñada para el proceso oncológico y paliativo, y servir para plantear una intervención que permita evitar aspectos negativos y potenciar los positivos, tanto con el enfermo como con sus familiares y los profesionales de la salud que los atienden.

4. Solapamiento de síntomas

El afrontamiento psicológico del cáncer tiene mucho que ver con aspectos orgánicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, al igual sucede en cuidados paliativos. Esto no solo incide en la problemática que tratará el psicólogo, sino también en su evaluación. Es importante saber diferenciar las reacciones psicológicas «habituales» a la enfermedad o tratamiento de las de base orgánica, sobre todo en cuidados paliativos. Debido al deterioro físico que pueden presentar los enfermos, el terapeuta evaluador debe saber administrar una evaluación psicológica que se adecue a los límites y necesidades del enfermo y de su familia. Una de las reacciones psicológicas más frecuentes ante el cáncer y el enfermo en estado paliativo es la depresión, que suele aparecer más a medio y largo plazo. Es más acumulativa que la ansiedad y puede aparecer repentinamente por miedo o anticipación a acontecimientos aversivos. En la evaluación de la depresión, varios síntomas médicos pueden confundir al profesional, siendo los más habituales (tabla 35): pensamientos negativos, pesimismo, ideas de muerte, falta de perspectiva futura, dificultad para hacer planes, falta de motivación e ilusión, anhedonia, desesperanza, soledad y alteración del auto-concepto.

La evaluación de la ansiedad conlleva también ciertas dificultades por la presencia de aspectos que pueden considerarse lógicos en el paciente con cáncer y en el de cuidados paliativos. Estos síntomas pueden estar presentes sin que signifique necesariamente un trastorno psicopatológico. Los pacientes tienen un componente emocional muy importante de miedo que por supuesto es de tipo cognitivo, pero repercute en un elevado nerviosismo con connotaciones fisiológicas propias y parecidas a las de un trastorno de ansiedad. Concretamente en el cáncer, un paciente puede no dejar

de sentir miedo nunca, pero llevar una vida cotidiana normal y más o menos satisfactoria. Si esto no ocurriera y hubiera reacciones no coherentes con la situación, se puede sospechar un diagnóstico de ansiedad; pero si no es así, se puede concluir que estamos ante una reacción dentro de la normalidad. Los síntomas de ansiedad que puede manifestar el paciente son variados, destacando el miedo, los pensamientos repetitivos, el nerviosismo, la reacción desproporcionada y la incertidumbre (Estapé, 2004).

Tabla 35. Características de la enfermedad y tratamientos susceptibles de solapamiento con la depresión

Enfermedad	Tratamiento
Pensamientos negativos	Fatiga
Pesimismo	Astenia
Ideas de muerte	Malestar digestivo
Falta de perspectiva futura / dificultad para hacer planes	Anorexia
Falta de motivación e ilusión	Debilidad
Anhedonia	Repercusiones estéticas y funcionales
Desesperanza	
Sentimientos de soledad	
Baja autoestima	

Fuente: Estapé (2004).

5. Criterios de selección de instrumentos para la evaluación en psicooncología y cuidados paliativos

Una vez centrada la dificultad de evaluación psicológica en el enfermo con cáncer o en paliativos, conviene plantearse qué criterios de selección se deben tener en cuenta a la hora de elegir un instrumento adecuado. Estos son los siguientes (Cruzado, 2014; Hernández, Cruzado, 2013; Estapé, Estapé, 2013):

1) Objetivo del instrumento. En primer lugar, el evaluador se debe preguntar si se va a establecer un determinado nivel de síntomas o si se precisa algo más profundo, como puede ser establecer una etiqueta diagnóstica.

2) Validez y fiabilidad. Debido a que en psicooncología y cuidados paliativos la población en estudio es no psiquiátrica, es complejo obtener solidez en este sentido, aunque hay instrumentos con desarrollos bastante sólidos, como por ejemplo la MAC de ajuste mental al cáncer y los de calidad de vida.

3) Sensibilidad al cambio. Para los pacientes oncológicos, quizá exista la necesidad de un instrumento que detecte cambios. Muchos cuestionarios son comparativos, evalúan el proceso de un síntoma a lo largo de diferentes eventos médicos que vive el paciente y su familia. Es a partir de un cambio que se plantea la necesidad de apoyo psicológico para el paciente.

4) Facilidad de corrección. Los instrumentos sencillos de corregir son muy útiles para tener una valoración concreta en un momento determinado. De forma general, en psicooncología y cuidados paliativos se utilizan test sencillos como elemento de partida para una intervención concreta, pues no es frecuente

tener que diagnosticar trastornos psicopatológicos, o no más que en población general.

5) Edad del paciente. Las personas de edad avanzada son más reacias a cuestionarios estructurados, por lo tanto una entrevista clínica, observación directa e información de la familia son instrumentos más aceptables. En edad infantil, depende del objetivo del tratamiento, pero a más corta edad, más complejo se presenta.

No es objetivo del presente capítulo desarrollar o describir detalladamente todos los instrumentos psicométricos que se pueden utilizar para la evaluación psicológica clínico-sanitaria de los pacientes con cáncer y cuidados paliativos (Cruzado, 2014; Die-Trill, López-Imedio, 2000; Holland, Golant, Greenberg y otros, 2015; Portilla, Bascarán, Sáiz y otros, 2014), por lo que en la tabla 36 se enumeran brevemente diversos inventarios que se pueden utilizar en psicooncología con pacientes con enfermedades crónicas, y que permiten evaluar diferentes áreas o ámbitos indispensables en estos pacientes. Dicha tabla permite elaborar un protocolo específico de evaluación psicológica. Tampoco hay que olvidar el posible uso, dependiendo de cada caso en particular, de inventarios genéricos o multidimensionales psicopatológicos (ver capítulo V) y de test de personalidad (ver capítulo IV), ya que pueden ser útiles para predecir la evolución psicológica del paciente y conseguir una descripción más amplia de su estado emocional.

Tabla 36. Instrumentos de evaluación en psicooncología (ONC) y cuidados paliativos (CP)

SÍNTOMA	PRUEBA	AUTOR	AÑO	OBJETIVO	EVALÚA
Calidad de vida (CV)	Disfunciones sexuales en el paciente con cáncer	Etapé, T.	2003	Disfunción sexual	ONC
	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT)</i>	Cella, D.	1993	CV en enfermos de cáncer	ONC
Evaluación de síntomas físicos	<i>MD Anderson Symptom Inventory (MDASI)</i>	Cleeland y otros	2000	Gravedad de trece síntomas	ONC
	Cuestionario de evaluación de síntomas (ESAS)	Edmonton	2004	Síntomas	ONC-CP
Necesidades de los pacientes	<i>Short-form Supportive Care Needs Questionnaire (SCNS-SFM)</i>	Boyes y otros	2009	Necesidades de pacientes oncológicos	ONC
	<i>Support Person Unmet Need Survey (SPUNS-SFM)</i>	Hodgkinson y otros	2007	Necesidades de pacientes oncológicos	ONC
Detección del malestar psicológico	<i>Brief Symptom Inventory-18</i>	Derogatis	2000	Síntomas psicopatológicos	ONC
	<i>Distress Management Screening Measure (DMSM)</i>	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	2007	Cribado de malestar	ONC
Detección de malestar en cáncer avanzado y CP	Detección del malestar emocional (DME)	Maté y otros. Adaptación española de Hernández	2012	Malestar en cáncer y CP	ONC-CP
	Térmometro del estrés (DT)	<i>National Comprehensive Cancer Network (NCCN)</i>	2014	Grado malestar emocional en los últimos siete días	ONC

SÍNTOMA	PRUEBA	AUTOR	AÑO	OBJETIVO	EVALÚA
Examen cognitivo	<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	Folstein y otros. Adaptación española de Lobo	1975 1979	Áreas cognitivas	ONC-CP
Ansiedad y depresión	Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	Beck y otros. Adaptación española de Sanz y Navarro	1996 2003	Depresión	ONC-CP
	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i> GAD -7 ansiedad PHQ-9 depresión PHQ-15 síntomas somáticos severos PHQ-SADS medida de pánico	Spitzer y otros	2010	Salud general, ansiedad y depresión somática	ONC
Familia y cuidadores	<i>Family Relationship Index (FRI)</i>	Moos y Moos. Adaptación española Cortés-Funes	1981	Índice de relaciones familiares	ONC-CP
	<i>Famcare escale</i>	Hospital Sant Michael's Lethbridge	2010	Cuidados según familia	CP
Afrontamiento	<i>Mental Adjustment to Cancer (MAC)</i>	Watson y otros. Adaptación española Ferrero et al.	1988 1995	Ajuste mental al cáncer	ONC
	Cuestionario COPE	Carver y otros. Adaptación española Crespo y Labrador	1989 2003	Estrategias de afrontamiento	ONC

SÍNTOMA	PRUEBA	AUTOR	AÑO	OBJETIVO	EVALÚA
Necesidades espirituales	<i>World Health Organization Spiritual Religious and Personal Beliefs</i> (WHOQOLSRP)	Grupo WHOQOLSRPB	2005	Escalas de creencias espirituales, religiosas y personales	ONC-PC
	Entrevista con protocolo de evaluación para pacientes en el final de la vida	Sulmasy	2006	Paciente en el final de la vida	PC
Problemas psico-sociales	Cribado de problemas psicosociales (SIPP)	Baeken y otros	2009	Problemas psicosociales del enfermo con cáncer	ONC
Efectividad del equipo de CP	<i>Palliative Outcome Scale</i>	Serrat-Prat y otros	2004	Efectividad del equipo de CP	CP
Estado de ánimo	Inventario diferencial de adjetivos para el estudio real del estado de ánimo (IDDA-EA)	Tous y Andres	1991	Estado de ánimo	CP
	Cuestionario de preocupaciones sobre la recurrencia (CARQ)	Thewes y otros.	2006	Miedo a la recurrencia en cáncer de mama	ONC

Fuente: elaboración propia.

6. Evaluación mediante las nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías son parte del día a día y constituyen una vida prácticamente paralela a la real. Por ello, son una herramienta clave en temas relacionados con el binomio salud-enfermedad. La psicooncología ofrece espacios para ampliar el soporte psicológico en formato individual, grupal y familiar. No

escapa a esta aproximación la necesidad de contar con evaluaciones psicológicas que determinen lo mismo que de forma presencial. Existen trabajos que usan los mismos cuestionarios que los utilizados de forma individual. La literatura revela que son igual de válidos, aunque hay que tener en cuenta que algunos trabajos muestran un perfil del profesional usuario de internet que manifiesta cautela a la hora de usar las herramientas de medida y sacar conclusiones firmes. Por una parte, los estudios demuestran que la evaluación a través de internet presenta niveles de ansiedad y depresión más elevados que los obtenidos con las mismas muestras de forma presencial. Por otra parte, la consulta puede ser anónima, lo que permite que perfiles de pacientes más querellantes o reivindicativos estén sesgando resultados. Aunque está claro que el uso de las nuevas tecnologías es imprescindible y que cada vez va a ser más frecuente, por el momento hay que interpretar los resultados de las evaluaciones con cierta prudencia.

Bibliografía

- Cruzado, J. A.** (2014). *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Die-Trill, M.; López-Imedio, E.** (2000). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: La comunicación con el enfermo y familia*. Madrid: Editorial Aula de Estudios Sanitarios.
- Estapé, T.** (2003). «Disfunciones sexuales en el paciente con cáncer». *Revista de psicología Universitat Tarraconenses* (vol. 25, n.º 1, págs. 51-162).
- Estapé, T.** (2004). *Estudio de la evolución de la calidad de vida en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama*. Tesis doctoral presentada en el Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica de la Universidad de Barcelona.
- Estapé, J.; Estapé, T.** (2013). *La odisea del cáncer de mama: 703 preguntas-703 respuestas*. Barcelona: Momentum Editors.
- Hernández, M.; Cruzado, J. A.** (2013). «La atención psicológica a pacientes con cáncer; de la evaluación al tratamiento». *Clínica y salud* (vol. 24, n.º 1, págs. 1-15).
- Holland, J. C.** (2002). «History of psycho-oncology overcoming attitudinal and conceptual barriers». *Psychosomatic Medicine* (vol. 64, págs. 2006-2021).
- Holland, J. C.; Golan, M.; Greenberg, D. B. y otros (coords.)** (2015). *Psycho-oncology: a quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management*. Londres: Oxford University Press.
- Portilla, M.; Bascarán, M.; Sáiz, P. y otros** (2014). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.ª ed.). Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias.

Capítulo XII

Evaluación psicológica del dolor crónico

Josep Deví Bastida, Susanna Jofre, Enric Arroyo

Nuestra cultura actual no nos enseña casi nada del dolor, si un caso, tan solo a temerlo. Hay pocas cosas en el mundo tan comunes a todos los humanos como el dolor, que en sí mismo no se puede considerar una enfermedad. Sin embargo, su repercusión en la calidad de vida de las personas y la implicación que esta dolencia provoca en la sociedad debe considerarse como un tema prioritario. La contribución de psicólogos y psiquiatras ha ayudado a definir y destacar la importancia de los factores culturales y emocionales en la experiencia dolorosa total del individuo. La actitud psicológica contribuye de manera muy clara en la percepción del dolor. Todos los elementos que se encuentran en el dolor —la angustia, la conciencia de la limitación, muy a menudo el miedo— se encuentran en todo ser humano, de manera que la antropología del enfermo es aplicable a todo el mundo. Además, informar de dolor es un modo de quejarnos, de requerir ayuda. A veces el dolor, como percepción, recoge y vehicula aspectos que no son dolor, como el malestar, la ansiedad, el cansancio, etc., produciéndose una mezcla indiferenciada que el paciente puede entender como dolor, pero que responde a diversos motivos de índole biológica y también psicosocial.

1. El papel de la psicología en el manejo del dolor

Originalmente, en la década de los sesenta, en las clínicas especializadas en el manejo del dolor, los profesionales más habituales eran los anestesiólogos, neurocirujanos y, en algunos casos, expertos en traumatología y ortopedia (a excepción de las clínicas o unidades en que se trataba el dolor de cabeza, que normalmente eran atendidas por neurólogos). John Bonica, a mitad del siglo XX, tras observar cómo muchos pacientes con dolor crónico eran tratados de forma incorrecta, consideró por primera vez el dolor como un problema multidisciplinario, constituyendo un equipo integrado por un psiquiatra, un neurocirujano, un cirujano ortopédico y un anestesiólogo (entre otros), y publicó en 1953 el libro *Management of Pain*, donde se destaca, entre otras cosas, la distinción entre dolor agudo y crónico, la necesidad de equipos multidisciplinarios y la colaboración entre investigadores básicos y clínicos. Con él estableció las bases de la algología moderna (rama de la medicina que se ocupa del estudio del dolor). En los años setenta del siglo XX se extiende el concepto *multidisciplinario* del dolor y la idea de los equipos, unidades o clínicas del dolor, y en la misma década se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Todo ello, unido al desarrollo progresivo de las teorías del aprendizaje y su aplicación al dolor, dio lugar a que los psicólogos se implicaran de manera significativa en la evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012).

Más recientemente, los avances en la evaluación y tratamiento psicológico del dolor han contribuido de manera especial a que la psicología se convierta en una importante especialidad en el área

sanitaria, gracias a su contribución en el manejo de un problema tan grave y costoso como es el dolor crónico. Especialmente importante fue el artículo de Fordyce y su equipo (1968) en el que se ponía de relieve la utilidad de la modificación de conducta en los individuos con dolor crónico que poblaban las clínicas, proporcionando de este modo una serie de nuevas ideas a todos los psicólogos clínicos que trabajaban con este tipo de pacientes (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012).

La evidencia demuestra que en algunos casos el dolor se perpetúa, incluso después de que el daño original se haya curado. Ello supone un hecho que se hace incomprensible desde una perspectiva médica, y pasa a ser un problema estrictamente psicológico. Para dar cuenta de ello, Fordyce (1976) apeló al concepto de *conducta de dolor*. Este autor planteó que el dolor en su fase aguda estaba causado por estímulos nociocéptivos, siendo la conducta respondiente. Sin embargo, cuando el dolor pasaba a ser crónico, podía quedar bajo el control de las condiciones ambientales, en cuyo caso se hablaba de dolor operante (Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012). En consecuencia, los pacientes que sufren un dolor recurrente precisan una intervención que: a) elimine el dolor o, al menos, lo reduzca de forma significativa; b) lo haga sin producir efectos psicológicos secundarios adversos (tales como aumento del nivel de percepción de dolor o reducción de los niveles de actividad); c) potencie los otros tratamientos que se están recibiendo; y d) permita a los pacientes utilizar por ellos mismos el tratamiento, de modo que estos adquieran un nivel mayor de confianza y de independencia respecto al sistema sanitario.

En conclusión, en el dolor crónico benigno, los tratamientos psicológicos no eliminan el dolor, tratan de modificar sus

análogos conductuales disfuncionales. Por otro lado, en el dolor crónico recurrente, es decir ligado a una enfermedad o lesión, se puede ayudar a reducir la percepción del dolor, a evitar efectos secundarios psicológicos, a potenciar otros tratamientos y a ayudar al paciente a tener la máxima autonomía posible.

2. Dolor crónico: generalidades

2.1. Experiencia aversiva frente a función adaptativa

En sentido genérico, se puede decir que el dolor es una de las experiencias aversivas más comunes en nuestra vida. Es decir, se trata de una vivencia desagradable y molesta. Ahora bien, por paradójico que parezca, cumple una función adaptativa, ya que enseña a identificar aquellos objetos o situaciones que pueden resultar peligrosos para nuestra salud e integridad. El dolor funciona, por tanto, como una señal de alarma que nos avisa cuando se produce un daño en el organismo o cuando se contrae una enfermedad (Busquets, Ribera, 2002; López-López, Montorio, Izal, 2010; Moix, Deví, 2012).

2.2. Dolor agudo (adaptativo) frente a dolor crónico (enfermedad en sí)

El dolor solo cumple esta misión beneficiosa para la integridad del organismo cuando su percepción se produce de forma temporal. El *dolor agudo* cumple una función adaptativa, como

señal de alarma, y puede ser eliminado mediante un manejo apropiado en función del daño o la enfermedad; su remisión depende de la curación del mismo. Una visión meramente biológica del dolor solo es válida para cuadros bien definidos de clara etiología y con una evolución rápida. En el resto de los casos, la perspectiva psicosocial es imprescindible.

El *dolor crónico* es aquel que persiste más allá de su utilidad como señal de alarma, convirtiéndose en un problema en sí mismo y una tremenda carga para el individuo que lo padece, ya que puede mantenerse durante años y afectar seriamente a su calidad de vida. En estos casos, el dolor se prolonga más allá de la curación de la enfermedad o herida (como sucede en la lumbalgia); aparece de forma intermitente sin guardar relación con ninguna causa orgánica conocida (como es el caso de la migraña); o se produce a causa de una patología conocida pero difícil de tratar (como en la artritis o el dolor producido por el cáncer). Es entonces cuando el dolor deja de cumplir esa función útil, como señal o síntoma de una enfermedad, y se convierte en un auténtico problema para la persona que lo sufre. Normalmente, este proceso de cronificación suele coincidir, además, con una disminución de la efectividad de las soluciones médicas o farmacológicas y conlleva la aparición o incremento de problemas psicológicos como ansiedad y depresión (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Moix, Deví, 2012; Repolles, Brañas, 2010).

En suma, cuando una persona sufre dolor crónico, su modo de comportarse puede hacerle caer en uno o múltiples círculos viciosos cuya resultante es la exacerbación del malestar. Los pacientes con dolor crónico presentan un problema tanto individual como social, ya sea en términos de sufrimiento, impacto sobre la familia, tiempo de trabajo perdido, gastos médicos, cos-

tes asociados a las compensaciones por incapacidad o sobreutilización de los servicios de salud (López-López, Montorio, Izal, 2010; Repolles, Brañas, 2010). Asimismo, es importante tener en cuenta que, en términos psicológicos, los correlatos del dolor (evitación, ansiedad, etc.) son independientes del tipo concreto de dolor crónico que se sufra (cefaleas, mandibulares o de espalda, entre otros). Ello explica que, al margen de su localización, el dolor crónico pueda aliviarse con la intervención psicológica.

3. Modelos teóricos explicativos del dolor crónico

3.1. Modelo biomédico

Desde Descartes (1596-1650) ha prevalecido durante siglos la concepción mecanicista del dolor, en la cual solo se ha tenido en cuenta el sustrato físico, olvidándose los aspectos psicosociales. Este modelo postula que existe una relación lineal entre el síntoma (dolor) y la causa subyacente (lesión tisular). Sin embargo, hoy se acepta ampliamente que este modelo es adecuado y útil de cara a la intervención del dolor agudo, pero no así para explicar el dolor crónico de carácter más complejo (Busquets, Ribera, 2002; Moix, Deví, 2012). Por ejemplo, son aspectos contrarios a la teoría biomédica: a) el hecho de que a veces el dolor se perpetúe incluso una vez que el tejido ya ha sanado; b) pacientes que, con daños objetivos evidentes, informan de intensidad o severidad de dolor muy diferente; c) pacientes que, tras recibir el mismo tratamiento, responden de forma diferente; d) personas que, con una patología mínima o sin evidencia de daño orgánico, se quejan de

dolor intenso; y e) intervenciones quirúrgicas que interrumpen las vías nerviosas y no consiguen aliviar el dolor.

3.2. Teorías integradoras: modelo integrador de la teoría de la puerta

De las diversas teorías explicativas que han intentado integrar factores fisiológicos y psicológicos para explicar el dolor crónico, destaca la teoría propuesta por Melzack (psicólogo) y Wall (anatomista) en 1965, conocida como Teoría de la puerta. Según Melzack (1988) «el dolor tiene un gran impacto en la morbilidad y la mortalidad, y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte». De acuerdo con esta teoría, el dolor ya no es visto como un producto lineal del daño tisular, sino como un fenómeno complejo que se encuentra vinculado tanto al daño tisular como al estado emocional, los aspectos motivacionales y de reforzamiento y a los factores cognitivos del sujeto (Busquets, Ribera, 2002; López-López, Montorio, Izal, 2010; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012; Repolles, Brañas, 2010). Esta teoría sostiene, en esencia, que la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta que regula el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex. El grado con que la puerta incrementa o disminuye la transmisión de impulsos nerviosos va en función de la actividad de las fibras sensoriales aferentes (sistema nociceptivo) y de las influencias descendentes de las áreas centrales del córtex (sistema antinociceptivo).

Esto supone que la percepción del dolor no está solamente influida por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también

está modulada por los mensajes descendentes del cerebro, que puede, bajo determinadas circunstancias, incrementar, atenuar e incluso bloquear los mensajes descendentes. Desde este punto de vista, los factores psicológicos (ansiedad, expectativas, procesos atencionales, etc.) son fundamentales para comprender la percepción del dolor. Los múltiples círculos viciosos en que las personas que padecen dolor suelen caer (dolor-ansiedad-incremento del dolor), además de la persistencia del dolor en ausencia de estimulación nociva (como ocurre en el caso del miembro fantasma), son claros ejemplos de la multidimensionalidad del dolor crónico. A partir de la teoría de la puerta el dolor, deja de ser concebido como una simple sensación para ser considerado una experiencia perceptiva compleja y multidimensional que integra aspectos periféricos (sensoriales) y centrales (cognitivos y afectivos) (Busquets, Ribera, 2002; López-López, Montorio, Izal, 2010; Moix, Deví, 2012; Repolles, Brañas, 2010). Melzack y Casey (1968) propusieron la existencia de tres dimensiones del dolor que han permitido comprender la interrelación entre factores psicológicos y fisiológicos del dolor:

1) Dimensión sensorial-discriminativa. Se refiere a los aspectos sensoriales de la percepción del dolor. Es decir, su magnitud o intensidad y su localización espacio-temporal. Es la parte más periférica de la percepción.

2) Dimensión afectivo-motivacional. Recoge los aspectos emocionales del dolor. Es decir, la caracterización que la persona hace de este como agradable o desagradable y las conductas consecuentes de escape o evitación. Esta dimensión se supone mediada por estructuras situadas en el intermedio (formación reticular, sistema límbico y tálamo).

3) Dimensión cognitivo-evaluativa. Hace referencia al papel que variables como la atención, las creencias, los pensamientos, las experiencias pasadas, etc., tienen sobre el dolor. Además, esta información procesada en el SNC (a nivel cortical) también puede verse afectada por la información proveniente de los niveles inferiores (sensorial-discriminativa y afectivo-motivacional) y, por lo tanto, conformar la percepción final del dolor.

Según este modelo tridimensional, el dolor percibido es el resultado de las interacciones que se producen en estas tres dimensiones, comenzando por la estimulación sensorial, su posterior modulación a cargo de factores emocionales y, finalmente, su integración en el nivel cognitivo. El peso específico de cada dimensión en la magnitud total del dolor percibido varía, lógicamente, de un paciente a otro, e incluso de un momento a otro en un mismo paciente (Moix; Deví, 2012).

4. Evaluación y medición del dolor crónico

Por la propia naturaleza subjetiva y compleja del síntoma, la medición del dolor es dificultosa. En su evaluación se deben tener en cuenta distintos aspectos, tanto relativos al dolor como a las condiciones de vida del sujeto, sus habilidades y características personales (tabla 37).

Es necesario evaluar aspectos sensoriales, afectivos y evolutivos del paciente, y se necesitan métodos subjetivos que posean buenas características psicométricas. Se debe obtener información subjetiva del paciente, observando su conducta y utilizando instrumentos que permitan registrar la respuesta autónoma. Las premisas que

debe cumplir cualquier método, el objetivo del cual sea medir el dolor, son dos: fiabilidad (error de medida que se puede cometer al utilizar un instrumento determinado) y validez (capacidad de un instrumento de evaluación para conseguir el objetivo pretendido) (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Castillo, Díaz, Barquinero, 2008; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012). Al evaluar el dolor en los ancianos, existen toda una serie de factores que pueden distorsionar dicha evaluación y que también se deben tener en cuenta (tabla 38).

Tabla 37. Evaluación psicológica del dolor crónico

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Historia del problema de dolor. • Caracterización del dolor y conductas asociadas al mismo. • Interferencia del dolor en actividades cotidianas. • Estado emocional y funcionamiento cognitivo. • Creencias y pensamientos sobre el dolor o asociados a este. | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de control sobre el dolor o sobre la capacidad de disminuirlo. • Habilidades y estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas y de estrés, y ante el dolor en concreto. • Capacidad funcional general, independiente del problema de dolor, y análisis funcional de la conducta en relación con el dolor. |
|---|--|

Fuente: adaptado de C. Busquets y M. V. Ribera (2002).

Tabla 38. Fuentes de distorsión en la evaluación de problemas de dolor en el anciano

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Problemas neuropsicológicos: déficit de memoria, de atención, de concentración, etc. • Tendencia a no informar de los síntomas por la creencia de que estos se asocian a la edad, y no a un problema tratable. • Atribuir los síntomas del dolor a otros problemas médicos existentes. • Atribuir al problema del dolor las pérdidas funcionales producto de otras patologías. | <ul style="list-style-type: none"> • Depresión o desmotivación que limita la funcionalidad del paciente e influye en la percepción y descripción del dolor. • Dificultades sensoriales. • Soledad y falta de actividad que pueden modificar la percepción del dolor y su descripción debido a una mayor focalización del problema. • Consumo de fármacos que pueden tener efectos secundarios que afecten al dolor. |
|---|---|

Fuente: adaptado de C. Busquets y M. V. Ribera (2002).

4.1. La historia clínica y la entrevista

Entre los métodos verbales, la entrevista clínica durante la anamnesis (ver capítulo II), dirigida tanto a la enfermedad dolorosa como a otros antecedentes patológicos, continúa siendo el parámetro básico de evaluación y la técnica que se utiliza en el primer contacto, sea cual sea el grupo de edad. Es el momento en que debe realizarse la exploración de las características principales del dolor y extraer los datos básicos que guiarán el análisis funcional, recogiendo información sobre el individuo, el dolor que padece y todo lo necesario para guiar la evaluación posterior mediante instrumentos más específicos. Esta técnica se seguirá utilizando a lo largo del proceso de evaluación, en adición a la aplicación de instrumentos estandarizados de evaluación sobre diferentes aspectos implicados en la experiencia de dolor (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Castillo, Díaz, Barquinero, 2008; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012).

4.2. Los autoinformes

Permiten evaluar las impresiones subjetivas de los individuos y tienen como denominador común una elevada objetividad en la cuantificación, basándose en una gran estructuración. Mediante este tipo de instrumentos, el individuo informa, de manera oral o escrita, sobre aspectos de su experiencia del dolor en un momento y contexto diferente de aquellos en los que se produjo tal experiencia. La información recogida en los autoinformes se refiere a los aspectos descriptivos del dolor, el contexto funcional en que se produjo y variables como las creencias acerca del dolor o las

estrategias de afrontamiento utilizadas (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Castillo, Díaz, Barquintero, 2008; Miró, 2006; Moix, Deví, 2012). Entre los instrumentos disponibles, destacan los siguientes:

1) Escalas para la evaluación de la intensidad del dolor (cuantitativas o de intensidad). Proporcionan una valoración global del dolor, son fáciles de aplicar y su fiabilidad es aceptable, pero no contemplan la naturaleza multidisciplinaria del dolor. Se han desarrollado numerosos procedimientos, y a continuación se describen aquellos disponibles y que registran un uso más frecuente:

a) Escalas analógico-visuales (EAV). Línea normalmente de 10 centímetros de longitud, numerada del 0 (ausencia de dolor) al 10 (dolor más intenso imaginable), donde el paciente señala el nivel de dolor. El problema es que muchas personas (ancianos) pueden tener dificultades con su uso y dilatar en exceso la respuesta. Destacan las de Scott Huskinson, la Escala de grises de Luesher y la Escala analógico-visual de Price, Long y Harkins.

b) Escalas verbales. Son listas de adjetivos (ligero, moderado, horroroso, insoportable, etc.) que describen distintos niveles de intensidad de dolor o de sufrimiento. El paciente tiene que ubicar su dolor y seleccionar el adjetivo o adverbio que se ajusta más a las características de su dolor. Destacan las realizadas por Keele, Morrison y Dundee, así como la de Anderson y Melzack.

c) Escalas numéricas. Consisten en una escala de 11 (rangos habituales entre 0-10) o 101 (rangos habituales entre 0-100) grados donde el individuo debe indicar la intensidad de su dolor eligiendo un número que corresponda a su estimación del dolor. Destaca la Escala Downie.

d) Escalas de dibujos. Consisten en una serie de dibujos de caras que representan diferentes expresiones de sufrimiento o intensidad de dolor. Pueden ser útiles con pacientes analfabetos o con discapacidades intelectuales.

e) Escalas de cajas. Consiste en once números encasillados en cajas. Combinación de una escala numérica del 0 al 10 y una EAV. Esta variante resulta útil con personas mayores. Combina el procedimiento de casillas con la gradación de colores; aumenta la intensidad del color a medida que los números de la escala crecen.

2) Test estandarizados de la medida del dolor. Son escalas desarrolladas específicamente para la evaluación de los diferentes elementos relacionados con el dolor. Evalúan tres componentes: sensorial, afectivo y evaluativo, proporcionando un índice para cada una de las dimensiones. Destacan el *McGill Pain Questionnaire*, el de Lattinen y el de Nottingham.

4.3. Los autorregistros

En ellos se pide al paciente que registre ciertas conductas que son definidas previamente. Constan de autoobservación y registro. Se obtiene así una información precisa de cuándo y en qué circunstancias se producen ciertas conductas. El diario del dolor y el patrón de actividad funcional están basados en el autorregistro. Presentan un grado elevado de objetividad en la cuantificación. Para las personas ancianas, puede ser conveniente recibir ayuda de elementos externos de memoria (temporizadores o despertadores) o de otras personas para que colaboren en la cumplimentación de los autorregistros. Otros elementos que

permiten completar la información obtenida con los métodos previamente citados son la evaluación de la conducta a través de observación y la evaluación fisiológica del dolor: potenciales evocados, electromiografía y determinación de péptidos endógenos, entre otros (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Castillo, Díaz, Barquinero, 2008; Moix, Deví, 2012).

A continuación, se describen brevemente el diario del dolor y el patrón de actividad funcional:

1) Diario del dolor. Indicado para su aplicación con personas mayores. El paciente anota, en un período determinado de tiempo, aspectos relacionados con el dolor y con las circunstancias que lo rodean. Para su aplicación se puede optar por un muestreo temporal o por un registro de frecuencias y duración de la conducta. El paciente anota características de su dolor y factores ambientales o conductuales asociados a este, cuya principal función es aclarar o aumentar la información de la entrevista o de los autoinformes. Las variables que normalmente se registran son: a) intensidad, frecuencia y duración del dolor; b) medicamentos consumidos relacionados con el dolor; y c) actividad realizada en el momento del episodio de dolor. Pueden registrarse también tanto los antecedentes como las consecuencias del dolor, y cuando sea apropiado puede incluirse la evaluación del estado de ánimo o el grado de ansiedad en el momento en que tiene lugar el dolor.

2) Patrón de actividad funcional. Autorregistro que se utiliza para evaluar la eficacia de los programas de rehabilitación. Consta de 64 ítems que describen determinadas actividades cotidianas, quedando reflejada la frecuencia y tipo de actividades funcionales que realiza la persona. Según Penzo (1989), se utiliza más con propósitos de investigación, ya que en la clínica puede

ser suficiente con la información sobre las actividades incluida en el diario de dolor.

4.4. Otros cuestionarios y escalas

Otros cuestionarios y escalas disponibles para medir el dolor sintéticamente son las que se presentan a continuación (Amigo, 2017; Busquets, Ribera, 2002; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Castillo, Díaz, Barquinero, 2008; Moix, Deví, 2012):

1) Cuestionarios para la evaluación de las creencias sobre el dolor. Debido a su reducido número de ítems y al contenido de los mismos, no presentan problemas especiales de aplicación en ninguna franja de edad.

a) Inventario de creencias y percepciones sobre el dolor (Williams, Thorn, 1989). Autoinforme de 16 ítems que corresponden a tres dimensiones: estabilidad del dolor, autoculpa y misterio.

b) Cuestionario de creencias de dolor (Edwards y otros, 1992). Evalúa las creencias que el paciente tiene sobre la etiología de su dolor. Consta de 12 ítems en dos subescalas (orgánica y psicológica) según atribución de las causas del dolor.

2) Cuestionarios para la evaluación de las estrategias de afrontamiento. Por sus características de sencillez en la aplicación, brevedad y adecuado contenido de los ítems, es una opción recomendable para cualquier franja de edad.

a) Cuestionario de estrategias de afrontamiento (Rosentiel; Keefe, 1983). Autoinforme de 50 ítems. Evalúa seis estrate-

gias cognitivas y dos conductuales: atención dirigida, rezo, catastrofismo, aumento del nivel de actividad, aumento de las conductas de dolor, etc. Incluye 2 ítems que evalúan la percepción de autoeficacia del paciente para controlar su dolor y para disminuirlo.

b) Cuestionario de manejo del dolor de Vanderbilt (Brown; Nicasio, 1987). Autoinforme de 18 ítems que mide la frecuencia con que se utilizan estrategias cognitivas o conductuales de afrontamiento frente al dolor. Dos subescalas de afrontamiento (activo y pasivo).

c) Inventario de afrontamiento al dolor crónico (Jensen y otros, 1995). Cuestionario de 65 ítems que mide dimensiones de afrontamiento del dolor como descanso, petición de asistencia, persistencia en la tarea, ejercicio, búsqueda de apoyo social, autoafirmación, conductas de protección y uso de medicación analgésica.

3) Escalas de incapacidad relacionadas con el dolor. Hay que destacar la Escala de relación entre deterioro y dolor (Riley y otros, 1988), que consiste en un cuestionario de 15 ítems que representan otras tantas actitudes respecto a la capacidad de funcionamiento en la vida diaria a pesar del dolor.

4) Escalas de observación del dolor. Indicadas en el registro de las conductas de dolor y en la valoración de las consecuencias funcionales de tales conductas. Destacan: Escala de comportamiento de dolor (Richards y otros, 1982), Índice de Karnofsky y también instrumentos para valorar el dolor en pacientes ancianos con deterioro cognitivo; por ejemplo: *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), *Behaviour Checklist*, *Doloplus*, *Pain Assessment for the Demented Elderly*, *Checklist of Non Verbal Pain Indicators*,

Escala de Campbell y Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD).

a) Índice de Karnofsky. Se utiliza en pacientes que sufren una enfermedad incurable para valorar la medida de la calidad de vida. Se valoran los síntomas físicos, la capacidad física, el estado psicológico y la interacción social. A pesar de los problemas que comporta valorarlo, el hecho de poder establecer un tiempo de supervivencia es muy útil para un correcto tratamiento.

b) Escala de comportamiento de dolor (Richards y otros, 1982). Evaluación de las conductas de dolor mediante diez categorías de conducta: conductas vocales verbales, conductas vocales no verbales, tiempo tumbado debido al dolor, muecas, postura de pie, movilidad, lenguaje corporal, uso de soportes visibles, movimiento estacionario y medicación.

Bibliografía

- Amigo, I.** (2017). *Manual de psicología de la salud* (3.ª ed). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Busquets, C.; Ribera, M. V.** (2002). *Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Castillo, C. del; Díaz, L.; Barquinero, C.** (2008). «Medición del dolor: escalas de medida». *Jano, Medicina y humanidades* (n.º 1712, págs. 44-47).
- López-López, A.; Montorio, I.; Izal, M.** (2010). «El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico». *Revista de la Sociedad Española del Dolor* (vol. 17, n.º 2, págs. 78-88).
- Miró, J.** (2006). *Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Moix, J.; Deví, J.** (2012). «Intervención psicológica en dolor crónico». En: J. Deví (coord.). *Manual de intervención clínica en psicogerontología* (págs. 255-294). Barcelona: Herder.
- Repolles, M.; Brañas P.** (2010). «Sensibilidad, resistencia y expresión del dolor: relación con la socialización del dolor». *Revista de la Sociedad Española del Dolor* (vol. 17, n.º 7, págs. 304-311).

Capítulo XIII

Evaluación de los trastornos por uso de sustancias y otras conductas adictivas

Teresa Gutiérrez-Rosado

Las conductas adictivas relacionadas con el consumo de sustancias o drogas legales e ilegales y las denominadas adicciones sin drogas o comportamentales, como la adicción al juego o las más recientes asociadas a las nuevas tecnología, suponen un grave problema sociosanitario de carácter global. La evaluación rigurosa de la magnitud y gravedad de la adicción tiene la finalidad inicial de describir, explicar y diagnosticar adecuadamente los problemas que presenta el paciente en toda su complejidad. El resultado de este proceso puede ser un informe de evaluación o diagnóstico, o mayoritariamente una propuesta de tratamiento. En este segundo caso, la evaluación continuará durante todo el proceso para informar de los cambios, de la adecuación y ajuste del diagnóstico y del tratamiento realizado. La evaluación final es de gran relevancia en las conductas adictivas, dado el alto riesgo de recaídas que existe en este problema, siendo recomendable periodos de seguimiento mínimos de tres a seis meses (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

La evaluación de una adicción debe tener en cuenta las características de las conductas adictivas y sus elementos más definitorios, como el desarrollo y gravedad de la dependencia o las diferentes áreas de la vida de la persona que pueden quedar afectadas por la adicción, prestando una atención especial a la comorbilidad, las variables cognitivas —que claramente se han relacionado con el inicio— o la adhesión al tratamiento, así como otras características psicológicas que pueden actuar como barreras o

facilitadores del cambio (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013). Este capítulo se centra en la evaluación psicológica, pero son imprescindibles las evaluaciones multidisciplinares; en este sentido, contar con pruebas de análisis bioquímico para constatar la presencia de drogas en el organismo, evaluaciones neurológicas y exploraciones médicas ayuda a obtener una evaluación más adecuada y ajustada del problema.

A continuación, se incluye un apartado sobre el concepto y la epidemiología de la adicción, con los criterios diagnósticos. Se organiza la información relativa a la evaluación en función de los principales objetivos que la guían: medidas de detección, descripción de la conducta adictiva y medidas complementarias para identificar la comorbilidad o patología dual, y la motivación y expectativas hacia el tratamiento.

1. Concepto y epidemiología de los trastornos adictivos

La adicción o Trastorno por uso de sustancias (TUS) se define como una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo y continuo de drogas, a pesar de las consecuencias negativas que provoca en el individuo. El alcohol, el cannabis, los opiáceos, los sedantes (ansiolíticos), los estimulantes (cocaína o anfetamina), los alucinógenos o el tabaco, entre otras, son sustancias químicas cuyos principios activos, con acciones estimulantes, depresoras o alucinógenas, se introducen en el sistema nervioso, modificando el funcionamiento del cerebro y produciendo cambios neurocognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. A corto plazo, los efectos

agudos remiten tras la finalización del efecto farmacológico. A largo plazo, el consumo crónico puede dejar una importante huella en la memoria emocional y remodelar las conexiones y vías neuronales, produciendo cambios de larga duración en el funcionamiento cerebral y dejando a la persona más vulnerable en el reinicio de su consumo (National Institute on Drug Abuse, 2018; Pascual, Fernández, Díaz y otros, 2017).

A finales del siglo XX se empezó a utilizar el concepto de *conductas adictivas* para incluir otras adicciones comportamentales, sin sustancias, que también desarrollan dependencia y características muy similares a las adicciones a drogas. Entre ellas, la adicción al juego es la única recogida en el *DSM-5* (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014). El *CIE-11* ha incluido, además, el trastorno por videojuegos —*Gaming disorder*—, referido al uso de juegos digitales o videojuegos, ya sea mediante conexión a internet o sin ella. Otros comportamientos como la adicción a internet, el sexo o las compras compulsivas no quedan incluidos en los sistemas internacionales actuales.

La característica común y central de todas las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta que, además, le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos el motivo para buscar tratamiento. En el año 1989, Gossop ya definió con precisión los cuatro elementos característicos de una adicción: 1) fuerte deseo o compulsión para llevar a cabo la conducta particular; 2) deterioro de la capacidad para controlar la conducta, su inicio, mantenimiento y frecuencia; 3) sensación de malestar y alteración del estado de ánimo cuando cesa la conducta o no es posible realizarla; y 4) mantenimiento de la conducta a pesar de la evidencia clara de los daños graves que produce (Becona; Cortés, 2011).

Por otra parte, cabe destacar que las conductas adictivas no suelen estar aisladas, sino que es habitual que en una misma persona se presenten varias adicciones al mismo tiempo, especialmente en el abuso de drogas, donde se suele hablar de politoxicomanía o poliadicción, así como problemas de comorbilidad médica y psicopatología (Pereiro; Fernández, 2018).

Desde el punto de vista epidemiológico, el consumo mundial de drogas entre los adolescentes no está disminuyendo, aunque sus consecuencias negativas son bien conocidas. En la Unión Europea se calcula que entre 17,2 y 2,3 millones de jóvenes de quince a treinta y cuatro años han consumido cannabis y cocaína, respectivamente, en el último año, siendo estas las drogas ilegales más consumidas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018). España presenta en adultos jóvenes una de las tasas de prevalencia más altas de Europa para ambas sustancias ilegales, del 17,1 % para el cannabis y del 3 % para la cocaína; siendo también las principales drogas por las que se solicita tratamiento, con una proporción de varones superior al 80 %. El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida en población general con un 77,6 % de consumidores anuales y un 9,3 % de consumidores diarios. El tabaco lo consume anualmente el 40,2 % de la población entre quince y sesenta y cuatro años, y un 30,8 % realiza un consumo diario (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018). Las drogas más consumidas en nuestro país entre los adolescentes de catorce a dieciocho años escolarizados en enseñanza secundaria, de acuerdo con el último informe de 2016 y en relación con el último mes, son: el alcohol con un 67 % —y un 21,8 % de borracheras—, el cannabis con un 18,3 % y el tabaco diario con un 8,8 % (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018).

2. Clasificación de los trastornos según el uso de sustancias

Los sistemas de clasificación internacional para los trastornos por uso de sustancias más utilizados, como el *DSM-5* y el *CIE-10*, establecen diferencias clínicas de los efectos agudos (intoxicación y abstinencia) y efectos crónicos (dependencia) que se derivan de un consumo continuado. La dependencia de sustancias es vista como la forma más seria del trastorno (tabla 39).

Tabla 39. Criterios *DSM-5* de diagnóstico y gravedad de la dependencia

Criterios para el diagnóstico de TUS (dos o más criterios durante un periodo de doce meses)	Gravedad
1. Más consumo del pretendido. 2. Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de control. 3. Mucho tiempo dedicado a obtención/consumo/recuperación. 4. Ansia o urgencia por consumir (<i>craving</i>) (ver punto c en la página siguiente). 5. Problemas laborales, escolares o en el hogar. 6. Consumo a pesar de problemas interpersonales. 7. Reducción o abandono de otras actividades. 8. Consumo en situaciones peligrosas. 9. Consumo a pesar de problemas físicos o psicológicos. 10. Tolerancia (necesidad de más sustancia o efecto disminuido). 11. Abstinencia (síntomas de abstinencia o consumo de la sustancia para evitarlos).	Leve: 2-3 síntomas. Moderada: 4-5 síntomas. Grave: 6 o más síntomas. <i>Los criterios se agrupan en:</i> • Control deficitario (1, 2, 3 y 4). • Deterioro social (5, 6 y 7). • Consumo de riesgo (8 y 9). • Criterio farmacológico (10 y 11).

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Entre los cambios más destacados del *DSM-5* se encuentran los siguientes aspectos:

a) El capítulo de los «Trastornos relacionados con sustancias» se ha ampliado para incluir el juego patológico.

b) Desaparece el diagnóstico de abuso y se proporcionan criterios para el TUS, acompañado de criterios para la intoxicación, la abstinencia, los trastornos inducidos por sustancias y los trastornos relacionados con sustancias no especificados en cada caso.

c) Se ha suprimido el criterio de «problemas recurrentes legales» y se ha añadido un nuevo criterio, «el deseo intenso —*craving*— o la urgencia de consumo de la sustancia».

d) El umbral para el diagnóstico de TUS se fija en dos o más criterios, en contraste con la versión anterior del *DSM-IV-R* de uno o más criterios para el diagnóstico de abuso y de tres o más para dependencia.

e) Aparecen nuevos trastornos, como la abstinencia del cannabis y la abstinencia de la cafeína.

3. Medidas de detección de la adicción

La identificación de personas con un posible TUS requiere instrumentos de evaluación sensibles a los indicadores conductuales del trastorno. El propósito de la detección precoz o cribado es identificar el mayor número de casos en situaciones de abuso de drogas u otras adicciones al inicio de su posible historia de consumo. La detección puede realizarse mediante la observación conductual, la información de personas allegadas, las pruebas

objetivas de laboratorio y los autoinformes que intentan reducir al máximo los «falsos negativos» (Gutiérrez-Rosado, 2011).

Las medidas de observación conductual se deben utilizar acompañadas de otros procedimientos, dado que es difícil identificar los problemas de abuso de alcohol u otras sustancias mediante observación directa. En el caso del alcohol, por ejemplo, cuando las personas están sobrias tienden a comportarse de un modo muy similar a las personas que no abusan de sustancias, especialmente si aún son jóvenes y se encuentran en las primeras fases del trastorno. Incluso en los casos en que presentan intoxicación no es fácil la identificación, dado que el desarrollo de tolerancia tiende a atenuar los efectos de la misma. Sin embargo, la información de terceras personas, como los amigos, familiares o compañeros de trabajo, suelen ser fuentes de información razonablemente válidas e indicativas de la necesidad de una valoración detallada de problema. Los servicios sanitarios suelen utilizar pruebas objetivas y de laboratorio basadas en muestras de orina, sangre o de la respiración para detectar evidencias de sustancias en el organismo, si bien solo pueden detectarlas si se ha consumido recientemente, un día o dos, además de otras limitaciones. Las medidas de autoinformes, autoaplicadas o en entrevista, suelen ser las más útiles y efectivas. La persona que abusa del alcohol u otras drogas suele conocer la cantidad, frecuencia y consecuencias adversas asociadas a su consumo. En la tabla 40 se indican instrumentos para la detección de los trastornos por abuso de alcohol, cannabis y juego patológico (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Tabla 40. Instrumentos de cribado o detección precoz de la adicción

Instrumento	Objetivos/Población	Descripción
CAGE Entrevista de consumo de alcohol	Detección precoz de alcoholismo. Adultos en población general o de riesgo.	Heteroaplicada con 4 ítems de respuesta dicotómica sí-1/no-0. Exploran: percepción subjetiva respecto al consumo (3 ítems) y abstinencia (1 ítem). Detecta el inicio de problemas y una posible dependencia.
AUDIT <i>Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test OMS</i>	Detección de bebedores de riesgo. Adultos.	Autoaplicado, 10 ítems con valores entre 0 y 4. Explora el consumo de alcohol y los problemas derivados del mismo. Identifica al bebedor de riesgo y una probable dependencia.
CAST <i>Cannabis Abuse Screening Test</i>	Detección de consumo problemático de cannabis. Población general en adultos.	Autoaplicado con 6 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 4. Evalúa uso recreativo, problemas de memoria, si le han recomendado reducir o dejar el consumo, intentos fallidos de abandono y problemas relacionados con el consumo. Detecta problemas de riesgo e indicación de tratamiento.
CPQ-A Cuestionario de problemas con el cannabis para adolescentes	Detección de problemas asociados al consumo de cannabis. Adolescentes.	Autoaplicado de 27 ítems. Evalúa problemas psicológicos, sociales y económicos. A mayor puntuación, mayor gravedad.
SOGS <i>South Oaks Gambling Screen</i>	Detección o cribado de juego patológico.	Autoaplicado, 20 ítems de respuesta sí/no que evalúan: conducta en el juego, obtención del dinero, deudas y emociones implicadas. Detecta probable jugador patológico.

Fuente: elaboración propia.

4. Evaluación para la delimitación del problema de adicción

La evaluación de la adicción se lleva a cabo con instrumentos genéricos, como la entrevista clínica o las entrevistas semiestructuradas, que además evalúan la gravedad y el perfil de la adicción, y mediante el análisis funcional de la conducta de consumo, que es especialmente relevante en las fases de desintoxicación y esencial para la prevención de recaídas. Además, existen instrumentos muy específicos para cada droga y características de la dependencia y su gravedad (tabla 41). Para más información sobre las pruebas específicas para conductas adictivas, consultar Pereiro y Fernández (2018); García-Portilla, Bascarán, Sáiz y otros (2015); o el banco de instrumentos de evaluación del portal Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

Tabla 41. Instrumentos de evaluación de la dependencia y gravedad de la adicción

ÁREA	INSTRUMENTO
TRASTORNOS PARA TODAS LAS SUSTANCIAS	
Gravedad de la dependencia	Escala de gravedad de la dependencia (SDS).
Gravedad de la adicción	Índice de gravedad de la adicción (ASI-6). Índice de gravedad de la adicción para adolescentes (Teen-ASI).
Psicopatología	Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y por sustancias (PRISM).
Motivación para el cambio	Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA).
TRASTORNOS POR CONSUMO DE TABACO	
Gravedad de la dependencia física	Test de Fagérstrom de dependencia de nicotina.

ÁREA	INSTRUMENTO
Gravedad de la dependencia Psicológica	Test de Glover-Nilsson.
Dependencia general	Escala de síndrome de la dependencia de nicotina (NDSS).
TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL	
Gravedad de la dependencia	Escala de intensidad de la dependencia del alcohol (EIDA).
Gravedad del síndrome de abstinencia	Escala para la evaluación de la abstinencia alcohólica (revisada) (CIWA-Ar).
Compulsión por el consumo	Escala multidimensional de Craving de alcohol (EMCA).
TRASTORNOS POR CONSUMO DE COCAÍNA	
Compulsión por el consumo	Cuestionario de Craving de cocaína (CCQ-G).
Gravedad del síndrome de abstinencia	Escala de valoración de la gravedad selectiva para cocaína (CSSA).
ADICCIONES SIN SUSTANCIA: JUEGO	
Gravedad de la conducta	<i>Massachusetts Gambling Screen (MAGS).</i>
Expectativas de la conducta de juego	Cuestionario de expectativas del juego (<i>Gambling Expectancy Questionnaire-GEQ</i>).

Fuente: adaptado de Pascual, Fernández, Díaz y Sala (2017).

La entrevista clínica es el instrumento por excelencia utilizado en los primeros contactos entre paciente y clínico. Así pues, es la herramienta básica para recoger información sistemática sobre las características de la adicción en su dimensión biológica, psicológica y social (ver tabla 42). Entre los principales objetivos de la entrevista clínica destacan:

a) Aproximación a las demandas del paciente, a la percepción o interpretación que hace de su problema, a la conciencia de

enfermedad, al nivel de motivación para el cambio y a sus expectativas de solución.

b) Recogida de toda la información relativa al consumo de drogas, al proceso adictivo y a los problemas relacionados para establecer el diagnóstico, orientar el tratamiento y emitir un pronóstico.

c) Valoración de la magnitud o gravedad de las complicaciones relacionadas con el consumo de drogas: salud física y psicológica, problemas laborales, familiares, relacionales o legales.

d) Facilitar el desarrollo de una buena relación terapéutica que permita la adherencia o continuidad de asistencia al paciente.

Tabla 42. Apartados y contenido de la entrevista clínica

Identificación	• Características básicas de identificación socio-demográficas. • Motivo de consulta/demanda.
Consumo de drogas	• Consumo de sustancias en el momento actual (últimos treinta días); tipos, frecuencia, cantidad, vía de administración, patrón de consumo, gastos de dinero, droga principal que causa la adicción. • Estado de intoxicación/abstinencia, presencia de tolerancia o dependencia. • Historia del consumo. • Periodos de abstinencia / Historia de tratamientos previos. • Antecedentes personales o familiares.
Estado de salud física	• Examen médico completo. • El psicólogo debe recoger información sobre el estado de salud general, conocimiento de su estado de salud e información sobre hábitos de higiene, alimentación y aspecto externo.
Área psicológica y psicopatológica	• Motivación para el tratamiento, autoeficacia y expectativas de resultados. • Factores psicológicos asociados: personalidad, capacidad intelectual, deterioro neurocognitivo, interacción social, autoestima o habilidades de afrontamiento disponibles. • Comorbilidad psiquiátrica (diagnóstico dual) como depresión, ansiedad o trastornos de personalidad entre los más frecuentes.

Área familiar	• Situación socioeconómica de la familia. • Convivencia actual / Histograma familiar. • Relaciones, comunicación y apoyo familiar. • Existencia de otros miembros consumidores.
Área socio-relacional	• Situación del barrio: valores, disponibilidad drogas, recursos. • Amistades y relaciones en el barrio dentro y fuera del mundo de la droga. • Experiencia en el conocimiento y uso de recursos comunitarios. • Habilidades de tiempo libre para divertirse y saber estar solo. • Habilidades sociales: conversación, asertividad, expresión de emociones.
Área laboral	• Trabajo actual / Historia laboral: movilidad, hábito de trabajo. • Cualificaciones laborales / Intereses en formación profesional. • Tener un planteamiento laboral / Capacidad para buscar trabajo. • Disponibilidad de dinero/droga.
Barreras o potenciales barreras para el cambio	• Anticipar las posibles barreras que pueden dificultar tanto la entrada como la permanencia en el tratamiento, como por ejemplo: – Posibles problemas legales / presión social. – La falta de recursos psicológicos / cuidado de los hijos. – La facilidad para obtener drogas / dificultades económicas. – La existencia de miembros de la familia o amigos consumidores.

Fuente: elaboración propia.

5. Evaluación complementaria

En este apartado hay que dar prioridad a la evaluación que permita hacer un diagnóstico diferencial respecto a la existencia de otro trastorno mental en la persona diagnosticada por uso de sustancias, dada la alta prevalencia de la comorbilidad psicopatológica, como se detalla a continuación. También es muy relevante evaluar el estadio de cambio motivacional en que se encuentra la persona con problemas de adicción por el impacto que estas

variables tienen en el tratamiento y su evolución. Finalmente, hay que evaluar cualquier barrera o dificultad que tenga el paciente para poder hacer propuestas de tratamientos adecuadas. En este sentido, suele ser habitual evaluar estrategias de afrontamiento psicológico con instrumentos genéricos que no se desarrollaran en este apartado.

5.1. Diagnóstico diferencial: comorbilidad psicopatológica o diagnóstico dual

La comorbilidad entendida como la coexistencia de dos trastornos o enfermedades en una misma persona, simultánea o secuencialmente, conlleva la interacción entre las enfermedades que afectan al curso y el pronóstico de ambas (National Institute on Drug Abuse, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en el año 1995 el término *diagnóstico o patología dual* para referirse a los trastornos psiquiátricos o de personalidad que puedan presentar las personas ya diagnosticadas con TUS, también extensible a las adicciones comportamentales. La patología dual está ampliamente estudiada y documentada en las conductas adictivas. Existen diferentes modelos explicativos de la misma, como el modelo unitario, en el que componentes genéticos y neurológicos similares pueden explicar el mismo proceso; el modelo que considera la alteración psiquiátrica secundaria a la adicción por los cambios neuroadaptativos; el modelo inverso, conocido como automedicación; el modelo bidireccional, que entiende que cada trastorno incrementa la vulnerabilidad del otro; y el modelo que considera que ambas patologías son independientes pero comparten las bases biológicas (Pascual; Fernández; Díaz; Sala, 2017).

Según el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2015), la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en pacientes con trastornos por uso de sustancias es la depresión, con prevalencias que oscilan entre el 12 % y 80 % y con especial incidencia en el alcoholismo, seguida del abuso de cocaína y otros estimulantes. En general, las personas con TUS tienen diez veces más probabilidad de fallecer por suicidio. En segundo lugar, se sitúan los trastornos de ansiedad, en particular el pánico y el trastorno por estrés postraumático, que suelen encontrarse en un 35 % de los casos diagnosticados con TUS. También se constata, en menor medida, trastornos bipolares y algunos subtipos de psicosis con tasas altas de dependencia del alcohol, cocaína y cannabis. Finalmente, hay que tener muy presente en la evaluación que el uso de sustancias se asocia a menudo con trastornos de la personalidad, siendo los más frecuentes entre los usuarios de drogas ilegales los trastornos de personalidad antisocial y límite.

Para la evaluación del posible diagnóstico dual, se pueden utilizar los instrumentos de cribado y diagnósticos, ya tratados en otros capítulos del manual (ver capítulos IV y V), siendo los más habituales y específicos los siguientes: *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM); *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI); *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I y SCID-II); *MINI-International Neuropsychiatric Interview* (MINI PLUS); *Dual Diagnosis Screening Instrument* (DDSI) y el *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R) (Pascual; Fernández; Díaz y otros, 2017).

5.2. Nivel motivacional y autoeficacia

El nivel motivacional para iniciar o mantener un tratamiento, así como las expectativas hacia el tratamiento y los niveles de

autoeficacia percibida por los pacientes, son variables que, inicialmente en la adicción a drogas y posteriormente en otros problemas crónicos, se han demostrado esenciales, dado que el cambio se produce a lo largo de un proceso cíclico que también incluye los periodos de recaídas. Los psicólogos Prochaska, Diclemente y Velicer, del Centro de Investigación y Prevención del Cáncer de la Universidad de Rhode Island (USA), trabajan desde el año 1982 en la elaboración de un modelo muy útil para comprender cómo se produce el cambio de comportamiento que depende de procesos cognitivos de toma de decisiones individual y de qué forma la intervención o ayuda externa puede ser más efectiva. Por tanto, conocer la etapa de cambio en que se encuentra la persona es esencial para hacer una propuesta de tratamiento y pronosticar sobre la adherencia y evolución del problema (Gutiérrez-Rosado, 2011).

El modelo permite conocer el estadio o disposición hacia el cambio en que se encuentra la persona, pero también el balance decisional y la motivación para el tratamiento, y para ello desarrolla múltiples escalas sobre: a) estadio de cambio; b) proceso de cambio; c) autoeficacia/tentación; y d) balance decisional, todas específicas para cada droga o conducta concreta. La mayoría, adaptadas en nuestro contexto.

Para finalizar, se detallan brevemente los estadios de cambio (tabla 43) y se remite al lector a consultar el modelo y las diferentes escalas en Becoña y Cortés (2011).¹

1. Información disponible en el portal de los autores: <<https://web.uri.edu/cprc/measures/>>

Tabla 43. Estadios motivacionales en conductas adictivas según el modelo transteórico

FASE	CARACTERÍSTICAS
Precontemplación	• No hay intención de cambiar. • Poca o nula conciencia del problema y sus consecuencias. • Balance decisional: claramente a favor del consumo.
Contemplación	• Ambivalencia y dudas. No hay un compromiso firme. • Desea hacer algo en el medio plazo (próximos seis meses). • Balance decisional: inclinación al abandono, pero aún muchas razones para seguir consumiendo.
Preparación	• Determinación para cambiar. Se inician pequeños cambios. • Compromiso para realizar un gran esfuerzo en el corto plazo (un mes). • Balance decisional: dominan claramente las razones a favor del cambio.
Acción	• Inicio de un tratamiento o cambio notorio (entre uno y seis meses). • Periodo de abstinencia en adicciones con alto riesgo de recaída. • Balance decisional: dominan claramente las razones a favor del cambio.
Mantenimiento	• Se mantiene el cambio previo (durante al menos seis meses). • Incremento de autoeficacia con riesgos de caídas o recaídas. • Balance decisional: valoración clara de los beneficios del cambio. • Posible finalización y salida definitiva del ciclo o recaída.

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Becoña, E.; Cortés, M.** (2011) (coords.) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- García-Portilla, P.; Bascarán, T.; Sáiz, A. y otros** (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.ª ed.). Madrid: CYESAN.
- Gutiérrez-Rosado, T.** (2011). «Tratamiento psicológico de las conductas adictivas». En: J. Deví (coord.) *Manual de intervención clínica en psicogerontología* (págs. 185-216). Barcelona: Herder.
- National Institute on Drug Abuse** (2018). «Addiction Science» [artículo en línea]. *National Institute on Drug Abuse*. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<https://www.drugabuse.gov/related-topics/addiction-science>>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones** (2018). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías** (2018). *European drug report: Trends and developments*. Unión Europea.
- Pascual, F.; Fernández, J.; Díaz, S. y otros** (2017). *Trastorno por uso de sustancia y trastorno mental: concepto, epidemiología, diagnóstico. Marco general de tratamiento*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Pereiro, C.; Fernández, J.** (coord.) (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.

Capítulo XIV

Evaluación de los trastornos alimentarios e imagen corporal

Marisol Mora

En el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) intervienen factores de índole biológica, psicológica y social, por lo que una evaluación eficaz debería ser múltiple e incluirlos a todos. La evaluación de los TCA reviste complicaciones adicionales respecto a la evaluación de otros trastornos psicopatológicos, como la egosintonía y la falta de conciencia de enfermedad. No es infrecuente que las personas con anorexia nerviosa (AN) restrictiva falseen la información que proveen. Hasta que el paciente no admita su problema, se debe ser cauto en la aceptación de la información provista por este, pues ha invertido un gran esfuerzo en la pérdida de peso, ello se ha convertido en lo más importante en su vida y lo último que desea es recuperarlo a través del compromiso con un tratamiento, pudiendo ser la evaluación el punto de partida para recuperar peso. Algo que se debe tener siempre presente es la dificultad en aceptar el problema. Frecuentemente, el paciente se mueve en la ambivalencia: por un lado, de querer superar el problema para librarse de las consecuencias negativas del trastorno, por el otro, de continuar con su meta inexorable de perder peso.

No es posible librarse de las consecuencias negativas del problema (aislamiento social, depresión, pérdida de intereses, bajo rendimiento académico, etc.) sin renunciar a las consecuencias positivas (pérdida de peso, éxito o triunfo percibidos). Es muy importante que el psicólogo se gane la confianza del paciente y

conocer cómo entiende el problema él, qué es lo que le produce malestar, qué le preocupa y qué le disgusta. Se puede conocer la versión del problema de los familiares, pero se desea conocer la propia versión del paciente (Perpiñá, 2015). Una estrategia frecuente para aumentar la motivación del paciente hacia el tratamiento es identificar un área que sea de su interés, como pueden ser sus problemas de concentración, la pérdida de ilusión por las cosas, la reducción del rendimiento académico o la ansiedad social, de manera que sienta la necesidad de buscar ayuda. Existen consecuencias negativas del TCA que el paciente no relacionan con su situación. En los primeros momentos de la evaluación, se debe contrastar la información obtenida de los pacientes con datos procedentes de otras fuentes de información, como familiares, personal sanitario si están hospitalizados o maestros si come en la escuela.

1. Ámbitos de exploración

Como áreas de exploración, se recomienda una evaluación médica de los patrones de ingesta, de las conductas compensatorias, de las alteraciones de la imagen corporal (IC) y de la psicopatología asociada (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

1.1. Evaluación médica

La evaluación inicial es el primer paso para poder establecer el diagnóstico de un TCA y definir un plan de tratamiento. La evaluación médica requiere una valoración ineludible, dadas las

complicaciones físicas que se producen en estos trastornos y por ser el peso y el estado nutricional parámetros que tener en cuenta en el diagnóstico. La exploración médica debe hacerla un especialista médico, que informará de ciertos rasgos del estado biológico de la persona: deshidratación, lanugo (vello en mejillas, espalda, antebrazo y muslos), mejillas hundidas, edemas, cianosis (coloración azul-malva), el signo de Rusell en personas vomitadoras (abrasiones en la palma de la mano), inflamación de las glándulas parótidas y erosión del esmalte dental, entre otros (Perpiñá, 2015). Se han descrito trastornos cardiovasculares (bradicardia, hipotensión y a veces adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo), alteraciones gastrointestinales, alteraciones renales (elevación de la creatinina plasmática, azotemia), hematológicas (anemia), cambios de carácter hipotalámico y endocrino (amenorrea), y cambios en diferentes hormonas y neurotransmisores (Raich, 2011).

Un parámetro de evaluación ineludible dentro de la exploración médica es el peso. Tradicionalmente se han propuesto dos parámetros para evaluarlo. El primero es el Índice de peso relativo, que equivale a: $\text{peso real} / \text{peso ideal} \times 100$. Para calcularlo se necesita comparar el peso de la persona que se está evaluando con un conjunto de pesos y tallas obtenidos en muestras representativas de su edad y género, las denominadas tablas de peso ideal. Si el índice está alrededor de 100, indica que el peso real se corresponde exactamente con el peso ideal; un índice de peso relativo por encima de 120 indica sobrepeso; y uno inferior a 80 indica infrapeso. Sin embargo, en la actualidad se usa más a menudo el Índice de masa corporal (IMC) de Quetelet por ser un indicador mejor del estado nutricional. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) asume el IMC como método preferible para la evaluación del peso y del estado nutricional. No requiere tablas de peso ideal. Su fórmula equivale a: $\text{Peso (en kilogramos)} / H^2$

(altura en metros al cuadrado). El valor obtenido correlaciona en un 80 % con la cuantía del tejido adiposo y con el riesgo de morbilidad (Perpiñá, 2015). El Centro Nacional de Información Biotecnológica (*National Center Biotechnology Information*, NCBI) propone una clasificación del peso según el IMC: a) peso bajo, < 18,5; b) normopeso, entre 18,5 y 24,9; c) sobrepeso, entre 25 y 29,9; d) obesidad Tipo I, entre 30 y 34,9; e) obesidad Tipo II, entre 35 y 39,9; y f) obesidad extrema o Tipo III, > 40.

Hay que remarcar que cuando se evalúa a niños o adolescentes, esta última clasificación no es la más adecuada, y en estos casos se debe recurrir a las curvas de crecimiento que propone la OMS para niños de cinco a diecinueve años.¹ A través de estas curvas por edad y género, y tomando como base el IMC —tal como se calcula normalmente— se busca el equivalente corregido.

El IMC es muy útil en terapia y en investigación, pero existen otros procedimientos más exactos, como las técnicas densitométricas y las medidas de laboratorio del grosor del pliegue cutáneo, siendo la medida del tríceps la más utilizada. Estos procedimientos son más costosos. Pueden calcularse, asimismo, las circunferencias corporales (como la razón cintura/cadera), que con valores superiores a 1 en varones y a 0,75 en mujeres indicarían un patrón de obesidad androide (manzana) más peligrosa cardiovascularmente que la obesidad ginoide (pera). Finalmente, señalar que los pacientes con TCA suelen presentar IMC inferiores a 17, y los pacientes con bulimia suelen estar entre 18,5 y 25 (Raich; Sánchez-Carracedo; Mora, 2003).

1. Información disponible *online*: <http://who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/>

1.2. Evaluación de los patrones de ingesta y las conductas compensatorias

Esta información puede obtenerse a partir de entrevistas, autorregistros alimentarios —del cual se ofrece un ejemplo en la tabla 44—, cuestionarios y observación externa (por ejemplo, de familiares, personal sanitario si está ingresada o educadores si come en la escuela). Dentro de este apartado se deberá recoger información respecto al seguimiento de dietas, velocidad de ingestión (que en el caso de los pacientes anoréxicos restrictivos es un aspecto alterado a modificar), alimentos que evita consumir porque su consumo resulta demasiado ansiógeno o por ser alimentos cuyo consumo dispara un episodio de sobreingesta y conductas compensatorias. Es relevante, además, recabar información sobre la historia de dietas realizadas, el volumen calórico diario aproximado, el tipo de restricción (cuota calórica máxima diaria; ingesta de todo tipo de alimentos, pero reducida; consumo de algunos tipos de alimentos, excluyendo todos los demás; dietas milagro; inclusión de períodos de ayuno, etc.) y los pensamientos concomitantes (Carrasco; Ramírez; Barrio-Gándara, 2013).

Especial interés revisten los episodios de descontrol alimentario: qué tipos de alimentos se ingieren, volumen calórico aproximado, antecedentes de estos episodios (emocionales o ambientales), frecuencia y consecuencias posteriores emocionales y conductuales. Entre estas consecuencias se encuentran conductas compensatorias como por ejemplo los comportamientos que se emprenden para impedir la ganancia de peso. Se denominan *purgativas al vómito* el uso de fármacos supresores del apetito y el abuso de laxantes, enemas y diuréticos. Las conductas compensatorias no purgativas incluyen el ayuno y el ejercicio físico extenuante. Es importante determinar si

las conductas compensatorias se realizan contingentemente cuando se producen los episodios de descontrol alimentario o como sistema general de control de peso, independientemente de estos.

Tabla 44. Ejemplo de autorregistro alimentario

Hora	9.30	14.30	16.30	17.30	20.45
Alimentos/líquidos	Sandwich de mantequilla y mermelada 1 loncha de jamón 1 naranja	Menú degustación (cocina de autor): Atún, langostinos, verdura a la plancha, guisado de navajas, cochinillo con mango, Chocolates 1 café 2 copas de vino	1 descafeinado	1 descafeinado con coñac	4 rebanadas de pan con tomate con jamón y atún 1 bol (100gr.) de palomitas 1 cacaolat 1 puñado de frutos secos variados 1 puñado de nueces 200 gr. de pastel de chocolate
Lugar	En casa	Restaurante	Bar	Bar	En casa
Atracón					X ½ atracón
Laxantes/vomito					
Contexto	Con la compañera de piso	Amigos y excompañeros de trabajo	Con amigos	Con amigos	Sola en el sofá viendo televisión

Pensamientos antes, durante y después de las comidas	No quiero comer acompañada. Todo el mundo me cae mal si no como sola. Si hubiera comido sola, no hubiera perdido tanto tiempo	Yo no quiero ver a nadie y menos durante las comidas. No lo he pasado tan mal. La gente con la que me relaciono (camareros, cocineros) siempre habla de lo mismo. Me aburre.	Paso horas hablando de estupideces y de trabajo.		Otro día en vano. Por lo menos ahora estoy sola. Ocupo el tiempo en tareas que me disgustan, y las que me motivan pienso que no soy capaz de hacerlas, o que no me las merezco. Soy hipócrita y tirana conmigo misma.
---	---	--	--	--	---

Fuente: elaboración propia.

La entrevista semiestructurada y diagnóstica mejor validada y que más se ha empleado en investigación es la *Eating Disorders Examination* (EDE) de Fairburn y Wilson de 1993 (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, Sánchez, Mora, 2003). La versión española fue realizada por Raich y colaboradores (2000) (Raich, 2011). Permite el diagnóstico de anorexia, bulimia y trastornos alimentarios no especificados. En su duodécima versión, está basada en los criterios del *DSM-IV* para estos trastornos y consta de cinco subescalas: restricción, bulimia, preocupación por el peso, preocupación por la comida y preocupación por la figura. Además de la información que puede suministrar sobre estas dimensiones, contiene preguntas diagnósticas sobre los últimos tres meses para hacer las respuestas comparables con los criterios del *DSM-IV*. La entrevista distingue entre varios tipos de atracón en función de dos variables: a) si la cantidad de comida ingerida es objetivamente gran-

de o si solo lo es subjetivamente para el paciente; y b) si hay o no pérdida de control sobre la ingestión de alimentos. Solo computarán para el diagnóstico aquellos atracones que involucren una cantidad objetivamente grande de comida ingerida y en los que la persona haya perdido el control, adecuándose así a los criterios del *DSM*. La entrevista tiene una consistencia interna, fiabilidad interevaluadores y validez discriminante aceptables (Raich; Sánchez; Mora, 2003).

Existen, no obstante, otras entrevistas estructuradas y diagnósticas de los TCA: la *Interview for Diagnosis of Eating Disorders* de Williamson y colaboradores de 1990 (IDED) y la nueva versión de Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, de 1998 (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, 2011). Permite el diagnóstico de la anorexia, bulimia, trastorno por atracón y obesidad. En Raich (2011) se encuentra una traducción experimental de la misma. La entrevista se utiliza también como detección de síntomas, recomendando su autor escoger tres síntomas como punto de corte en una escala de cinco. Al igual que la EDE, se basa en los criterios del *DSM-IV*.

Existen diferentes autoinformes que pueden funcionar como buenos instrumentos de cribado en poblaciones no clínicas. El más conocido es el *Eating Attitude Test* (EAT) de Garner y Garfinkel de 1979 (Raich, 2011), del cual hay una versión abreviada, el EAT-26, cuya adaptación española hicieron Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal en 2010. Es una buena medida de características anóricas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y conducta alimentaria restrictiva. El punto de corte de la versión original de 40 ítems es una puntuación de 30. En la versión abreviada, el punto de corte es 20. Los autoinformes tienen, además, otras utilidades, como controlar la aparición de los síntomas, cuantificar su gravedad y profundizar en aspectos relacionados con el trastorno (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, 2011).

Otro autoinforme útil es el *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q), derivado de la entrevista EDE. Se utiliza mucho para medir la conducta alimentaria y constituye una buena alternativa al tener ventajas respecto a la entrevista, ya que esta requiere un entrenamiento que puede llevar tiempo y puede ser costosa de administrar. Parece existir un alto nivel de acuerdo entre la EDE y el EDE-Q en la evaluación de las características fundamentales de la psicopatología alimentaria en población general (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, 2011). La ventaja del EDE-Q respecto a otros autoinformes es que no solo evalúa trastornos y actitudes alimentarias, sino también comportamientos específicos y su frecuencia.

El *Eating Disorder Inventory* (EDI) de Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel (1982) (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Perpiñá, 2015) mide características cognitivas y conductuales de la anorexia y la bulimia nerviosa, y se han efectuado varias versiones. La primera versión cuenta con ocho subescalas: las tres primeras (motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y bulimia) se centran en la psicopatología alimentaria, y las cinco restantes (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a madurar) corresponden a características psicológicas que acompañan a las personas con trastornos alimentarios. La segunda versión, el EDI-II de Garner (1991) (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Perpiñá, 2015), amplía el número de ítems y añade tres subescalas más a las ya existentes: ascetismo, control de impulsos e inseguridad social. La tercera versión, la más reciente, el EDI-III de Garner (2004) (Perpiñá, 2015), consta de los mismos ítems que el EDI-II, pero se modifica su estructura factorial, que pasa a estar constituida por doce subescalas, tres de ellas denominadas de riesgo y específicas del TCA (insatisfacción corporal, motivación por adelgazar y bulimia) y nueve restantes

que corresponden a características psicológicas asociadas a los TCA (baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficit interoceptivo, mal regulación emocional, ascetismo, perfeccionismo y miedo a madurar) (Perpiñá, 2015). Esta versión permite la obtención de seis índices, resultantes del sumatorio de diversas escalas, de las que se obtiene una puntuación T que permite obtener un perfil clínico de la paciente: riesgo de TCA (sumatorio de las escalas de riesgo) e ineficacia, problemas interpersonales, problemas afectivos, exceso de control y desajuste psicológico general, que reúne los ítems no incluidos en el perfil de riesgo; es decir, las nueve escalas de características psicológicas. El instrumento es útil para distinguir diferentes niveles de gravedad, diferencias entre subtipos de TCA; es una buena medida de resultado del tratamiento y es sensible a los cambios producidos por el mismo (Perpiñá, 2015).

Uno de los recursos inestimables para la evaluación e ineludibles para el tratamiento son los autorregistros alimentarios, donde la persona debe anotar el día y la hora de cada episodio alimentario, con cada ítem de comida y bebida ingerido, especificando las cantidades y la forma en que los alimentos fueron cocinados. No es lo mismo comer pollo asado que frito o con patatas fritas. En otra casilla se debe indicar dónde se hace la ingestión, si el episodio en cuestión es o no un atracón, el uso de conductas compensatorias si se han empleado y los pensamientos concomitantes. La información contenida en los autorregistros alimentarios da la materia prima para ir modelando progresivamente una conducta alimentaria más saludable.

Tabla 45. autorregistro de pensamientos automáticos

SITUACIÓN (¿Qué estaba haciendo? Momento, lugar, sucesos, personas presentes y reacciones...)	PENSAMIENTOS AUTO- MÁTICOS (porcentaje de credibili- dad)	EMOCIONES/CONDUCTAS (Tipo e intensidad 0-10)
He ido a buscar unas fotos de carnet que me hice en una tienda de fotos. Las he sacado del sobre.	Antes no tenía problemas con mi cara, era soportable; pero ahora no soporto ni mi cara, soy fea con ganas, no me extraña que no me cojan en ninguna tienda con la imagen de gorda y fea que tengo... (100 %)	Deprimida (9) Rabia (9) Enfadada (9) Lloro y me encierro en la habitación.
DEBATE (análisis-cuestionamiento)	PENSAMIENTO CORREGIDO (porcentaje de credibilidad)	EMOCIÓN (0-10) (resultante del nuevo pensamiento)

Fuente: elaboración propia.

Es interesante, asimismo, obtener información sobre pensamientos y creencias que acompañan a la ingestión de alimentos y situaciones relacionadas con el cuerpo. Por ejemplo, la literatura ha señalado la importancia del concepto de inversión en la apariencia física (*investment*), el lugar que ocupa la delgadez en la autoevaluación o, como comenta Perpiñá (2015), la importancia de la delgadez en la valía personal, ya que toda la actividad de la persona queda subordinada a este esquema. En muchos casos con TCA, el principal elemento autoevaluativo es la apariencia, la figura o el peso. Existen preguntas específicas para evaluar esta dimensión en la entrevista diagnóstica EDE. A las creencias desadaptadas sobre el cuerpo y la apariencia se les atribuye un papel causal en el mantenimiento de las conductas y actitudes propias de los trastornos alimentarios (Oltra-Cucarella; Espert; Rojo y otros, 2014). Existen pensamientos automáticos relacio-

nados con la imagen corporal y el cuerpo que fueron tipificados en distorsiones cognitivas por Jakatdar, Cash y Engle (2006). Puede obtenerse información de ellas a través de autorregistros de pensamientos automáticos relacionados con la imagen corporal (tabla 45).

1.3. Evaluación de la imagen corporal

Las alteraciones de la imagen corporal (IC) no solo son diagnósticas, sino que además constituyen un potente predictor. El constructo de la IC es multidimensional (Sands, 2000), y debe ser evaluada teniendo en cuenta las dimensiones que la componen. Consta de una dimensión perceptiva que hace referencia al grado de precisión con que la persona percibe la forma y el tamaño de su cuerpo, considerado en su conjunto y atendiendo a partes de él; una dimensión cognitivo-actitudinal que incluye creencias y pensamientos que la persona tiene de su cuerpo, de partes de este y de las actitudes resultantes; y un componente conductual que suele ser una consecuencia casi lineal de los dos anteriores. Cuando existen alteraciones de la IC, son frecuentes las conductas de evitación de situaciones y lugares que pueden implicar mostrar el cuerpo a otras personas, rituales de comprobación (conductas repetitivas para rebajar la ansiedad relacionada con el cuerpo: pesarse muchas veces, medir partes del cuerpo repetitivamente o compararse) y rituales de búsqueda de confirmación (pedir retroalimentación insistente sobre cómo se ven). La evaluación de la imagen corporal debería evaluar sus diferentes componentes.

En la evaluación del componente perceptivo, tradicionalmente se han empleado procedimientos de estimación de partes cor-

porales más o menos sofisticados y procedimientos de distorsión de la imagen. Los procedimientos de estimación de partes requieren que la persona evaluada estime o calcule la amplitud de una parte de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie. Con un calibrador corporal se toma la medida real de amplitud y se compara con la estimación. La medida estimada se divide entre la medida real y se multiplica por 100. Un valor superior a 120 indica sobrestimación. Un valor inferior a 80 indica subestimación. Los procedimientos de distorsión de la imagen trabajan con la imagen real de la persona mediante una fotografía que aparece en una pantalla de ordenador y que es distorsionable —a voluntad— a través de un programa por la propia persona evaluada. Ello permite calcular un índice del grado de desviación de la imagen estimada respecto a la imagen real. Respecto a la fiabilidad y validez de estos procedimientos, se puede obtener más información en Mora y Raich (1993).

Para calcular los índices de distorsión perceptiva de la imagen corporal asociados a zonas localizadas del cuerpo, se dispone de un *software* de libre acceso llamado Body Image Assessment Software (BIAS). Dicho *software* fue elaborado por Letosa-Porta, Ferrer García y Gutiérrez-Maldonado (2005), de la Universidad de Barcelona. El *software* ofrece una silueta masculina o femenina, dependiendo del género de la persona evaluada, y permite la distorsión de partes específicas independientes, manteniendo constantes las demás. El *software* solicita las medidas reales frontales y laterales en centímetros: de brazos, frente, pecho, caderas, cintura y muslos, y solicita a la persona evaluada que modifique la silueta mostrada (en sus diferentes segmentos corporales) hasta hacerla coincidir con su cuerpo y sus segmentos tal como los percibe. El programa compara la figura modificada con las medidas reales que se han introducido en el programa. Este calcula el grado de

distorsión en cada segmento corporal y el grado de distorsión global. El mismo programa permite calcular un índice de insatisfacción corporal comparando la imagen percibida con la silueta que se desea tener.

En la actualidad, existe un programa de realidad virtual, elaborado por el equipo de Perpiñá (2015), para evaluar y tratar la imagen corporal. Permite a la persona modelar y corporizar su cuerpo en una figura traslúcida, dándole la oportunidad de enfrentarse cara a cara con la representación mental que esta tiene de su cuerpo. Las pacientes se enfrentan a su imagen corporal distorsionada sin dudas, ya que el programa —mediante las medidas reales de la paciente— construye una figura real en tres dimensiones que se superpone a la figura inicial estimada, lo que permite su comparación.

Para evaluar los componentes cognitivo-actitudinal y conductual alterados de la IC, existen diferentes cuestionarios. Para evaluar los pensamientos automáticos relacionados con la imagen corporal destaca el BIATQ (Cash; Lewis; Keeton, 1987), aunque es más recomendable emplear registros de pensamientos automáticos como el que aparece en la tabla 45. En la evaluación del componente actitudinal sobresale el BSQ de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, de 1987, y adaptado por Raich y colaboradores en 1996 (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, 2011), que evalúa insatisfacción corporal y preocupación por el peso en mujeres.

Finalmente, para la evaluación del componente conductual de la IC se puede usar la entrevista semiestructurada diagnóstica *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) de Rosen y Reiter, de 1995, y adaptada por Raich y colaboradores en 1997 (Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013; Raich, 2011), que permite evaluar, además, el resto de componentes de la IC.

Consta de treinta y tres preguntas y su administración puede llevar de 30 a 60 minutos. El punto de corte está situado por el autor en una puntuación igual o superior a 60.

1.4. Evaluación de la psicopatología asociada

La psicopatología asociada o comórbida puede ser un importante factor de pronóstico y adhesión terapéutica. Son frecuentes los problemas de ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad social, problemas de control de impulsos y trastornos de personalidad, entre otros (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Carrasco, Ramírez, Barrio-Gándara, 2013). Frecuentemente se usan medidas psicométricas de evaluación psicopatológica genérica o multidimensional del Eje I y del Eje II (ver capítulo V). Sin embargo, no hay que olvidar la elevada comorbilidad de los TCA con los trastornos de personalidad, haciendo especial énfasis en evaluar los rasgos de personalidad normal y patológica. El EDI, mencionado anteriormente, evalúa características psicológicas propias de pacientes con TCA. Recientemente está cobrando popularidad el Inventario de temperamento y carácter revisado de Cloninger (TCI-R) (Gutiérrez-Zotes; Bayón; Montserrat y otros, 2004) (ver capítulos IV y IX) para la evaluación de rasgos normales de temperamento y carácter. Permite definir ocho perfiles temperamentales normales y establecer la posibilidad o probabilidad de que dichos perfiles puedan mostrar un trastorno de personalidad sintomático en función de las dimensiones de carácter de autodirección y cooperación (ver capítulo IX).

Bibliografía

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2011). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.^a ed.). Madrid: Panamericana.
- Carrasco-Ortíz, M. A.; Ramírez Uclés, I.; Barrio-Gándara, V. del** (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Cash, T.; Lewis, J. T.; Keeton, P.** (1987). «Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire». En: *Annual Convention of the Southeastern Psychological Association*. Atlanta: G. A.
- Gutiérrez-Zotes, J. A.; Bayón, C.; Montserrat, C. y otros** (2004). «Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general». En: *Actas Españolas de Psiquiatría* (vol. 32, n.º 1, págs. 8-15).
- Jakatdar, T.A.; Cash, T. F.; Engle, E. K.** (2006). «Body-image thought processes: The development and initial validation of the assessment of body-image cognitive distortions». *Body Image: An International Journal of Research* (vol. 3, n.º 4, págs. 325-333).
- Letosa-Porta, A.; Ferrer-García, M.; Gutiérrez-Maldonado, J.** (2005). «A program for assessing body image disturbance using adjustable partial image distortion». *Behavior Research Methods* (vol. 37, n.º 4, págs. 638-643).
- Mora, M.; Raich, R. M.** (1993). «Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en población con trastorno alimentario». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona* (vol. 20, n.º 3, págs. 113-135).
- Ultra-Cucarella, J.; Espert, R.; Rojo, L. y otros** (2014). «Neuropsychological Impairments in Anorexia Nervosa: A Spanish Sample Pilot Study». *Applied Neuropsychology Adult* (vol. 21, n.º 3, págs. 161-175).

- Perpiñá, C.** (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Madrid: Síntesis.
- Raich, R. M.** (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Barcelona: Pirámide.
- Raich, R. M.; Mora, M.; Sánchez-Carracedo, D. y otros** (2000). «Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria». *Revista AETCA* (vol. 1, n.º 6, págs. 3-5).
- Raich, R. M.; Sánchez, D.; Mora, M.** (2003). «Instrumentos de evaluación en los trastornos del comportamiento alimentario y obesidad». En: J. Gutiérrez; R. M. Raich; D. Sánchez; J. Deus (coords.): *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud* (págs. 239-278). Madrid: Alianza Editorial
- Sands, R.** (2000). «Reconceptualization of body image and drive for thinness». *International Journal of Eating Disorders* (n.º 28, págs. 397-407).

Capítulo XV

Evaluación de la violencia de género en la relación de pareja

Arantxa Sabanés, Margot Pujal

La violencia de género (VG) no es una psicopatología, si bien las personas que la sufren expresan de forma indirecta su malestar mediante síntomas clínicos heterogéneos, con menor o mayor intensidad. Además, la VG es una asignatura, pendiente o nueva, para los profesionales de la psicología clínico-sanitaria, al tener efectos devastadores en nuestra sociedad. Desafortunadamente, no forma parte de la formación reglada y, además, requiere un compromiso personal y profesional. En la práctica diaria, en consecuencia, o bien no se aborda, o bien se aborda frecuentemente sin demasiada formación especializada en perspectiva y teoría de género. Así, es más que probable la interferencia de mitos, estereotipos, prejuicios o valores de una moral hegemónica en el abordaje que hacen los profesionales, lo que dificulta poder llevar a cabo tanto una buena evaluación como el desarrollo de buenas prácticas de intervención psicológica.

1. Concepto de la violencia de género

La violencia de género (VG) hace referencia a un fenómeno psicosocial y cultural de amplio espectro, heterogéneo y complejo que está relacionado con el poder estructural. Tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar de las mujeres

—mayoritariamente— distinto según el momento del ciclo vital en el que estas se encuentren. No obstante, también tiene un impacto negativo en la salud de otros grupos subalternos, como por ejemplo personas homosexuales, transexuales, intersexuales, etc., por no adecuarse a los mandatos binarios del sistema de género. Finalmente, también tiene un efecto negativo en la salud de los varones, aunque se trate de un impacto de naturaleza diferente y de menor intensidad.

Por lo tanto, aplicar la perspectiva de género en la evaluación psicológica es un reto actual estrechamente vinculado con establecer la relación entre determinados síntomas clínicos (emocionales, cognitivos, comportamentales o sociales) y el fenómeno social de la VG mediante sus múltiples expresiones (psicológica, sexual, económica, entre otras) y los diferentes contextos sociales (familiar, laboral, educativo y religioso, entre otros). La aplicación de los Estudios de Género sobre la desigualdad, la opresión y la construcción binaria de la identidad de género ha permitido introducir, en las últimas décadas, algunos cambios políticos y legislativos a nivel estatal y autonómico. En este sentido, la ONU (1993) define la violencia contra las mujeres como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» (Romero; Álvarez; Cazalbowski y otros, 2015).

Dichos cambios políticos, científicos y legales han creado la necesidad y la obligación de un abordaje multidisciplinar de la salud a partir de la introducción transversal de la perspectiva de género, siendo un reto profesional en mayúsculas en el que se manifiestan las dimensiones cultural, social, política y económica

de la salud mental, además de la clínica y sanitaria, ambas especialmente relevantes para la nueva Psicología General Sanitaria, destinada a innovar en el abordaje de la salud mental. La introducción de la perspectiva de género en la Psicología a través de la evaluación psicológica de la violencia de género en la pareja es el objeto de este capítulo.

2. Tipos de violencias de género

Es frecuente encontrar diferentes términos, como *violencia familiar*, *violencia contra la pareja*, *violencia doméstica*, etc., que se usan como sinónimos cuando se trata el problema de la VG. No obstante, no deben considerarse equivalentes porque provienen de tradiciones teóricas distintas; se recurre al término *violencia de género* por ser el único que está claramente enmarcado en la tradición de los Estudios de Género (Romero; Álvarez; Cazalbowski y otros, 2015). Dentro de este término se incluye tanto el concepto de *violencia machista* (utilizado en la Ley de Cataluña de 2008) como el resto de las violencias LGTBI reguladas a partir de la Ley 11/2014, dirigida a garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales.

Una de las principales características de la organización en Occidente es *la división sexual del trabajo*, tanto en el ámbito privado como en el público, tanto en el ámbito doméstico como en el profesional, tanto en la generación y control de los recursos como en su administración. Otra característica fundamental es *la construcción binaria y disimétrica de las subjetividades de género*, que mediatiza las relaciones sociales entre los sexos. En este sentido, en función de una diferencia orgánica-genital, se atribuye un

ideal favorable a los varones (ser autosuficiente, racional importante, independiente, activo sexualmente, fuerte, centrado en uno mismo, orientado al ámbito público y al cumplimiento de los deseos propios) y un ideal devaluado en la cultura occidental a las mujeres (cuidado del otro, entrega, empatía, capacidad de detectar las necesidades del otro, dedicación para preservar los vínculos, vulnerabilidad, amor romántico y menor necesidad sexual). Estas normas de masculinidad y feminidad se transforman en ideales psíquicos y se incorporan a la subjetividad para poder obtener un reconocimiento social.

Por tanto, la VG se refiere a un abuso de poder sistemático del hombre sobre la mujer u otras categorías, es decir, violencias LGTBI: homofobia o lesbofobia (castigo por no practicar el mandato de género de la heterosexualidad), transfobia (castigo por no asumir el género asignado al nacer) e interfobia (castigo por tener genitales ambiguos al nacer), entre otras. Tanto las violencias de género LGTBI como las que provienen y sustentan la subordinación femenina, pueden expresarse de diferentes maneras, a través de violencia física, psicológica, sexual, de abusos, social o económica, siendo posible su coexistencia. También existen formas más cotidianas, normalizadas, legitimadas e invisibilizadas de violencia de género, que se denominan *micromachismos*. En definitiva, la VG implica roles desiguales que no se consideran intercambiables, sino fijos, y una dinámica compleja que adquiere forma de proceso de escalada, así como de ciclo de violencia, que remite siempre a un inicio con el objetivo más o menos consciente de control para mantener el dominio.

Por otra parte, la expresión VG varía en función de los contextos sociales en los que se da. Se pueden diferenciar tres grandes tipos de contextos:

a) **Ámbito familiar:** en la pareja, hacia los hijos y las hijas, con el abuso sexual en niñas, ya sea directo o mediante tecnologías como el móvil, entre otros.

b) **Ámbito comunitario e institucional:** acoso sexual en el trabajo, en la escuela o en la calle, discriminación salarial o por género, trata de mujeres, cosificación y sexualización en los medios de comunicación, revictimización en la atención sanitaria o en la atención jurídica, en las redes sociales, etc.

c) **Ámbito estatal:** políticas públicas sexistas, leyes que promueven el infanticidio, mutilación genital, matrimonios precoces, esterilización forzada, crímenes por honor, etc.

A continuación, el capítulo aborda, de manera monográfica, el impacto que tiene en la salud la violencia de género en la pareja y su evaluación psicológica.

3. Impacto y desarrollo de la violencia de género en la salud

Diversas investigaciones demuestran que las mujeres tienen mayor probabilidad de ser lastimadas, violadas o asesinadas por su compañero afectivo que por otra persona (Amnistía Internacional, 2002; Naciones Unidas, 2006; Organización mundial de la Salud, 2017). La OMS revela en sus últimos informes que el tipo más común de agravios contra la mujer se da dentro de las relaciones de pareja y que afecta a más de un tercio en la esfera internacional. El 38 % de los asesinatos de mujeres son realizados por su pareja masculina (OMS, 2017).

Se puede entender el concepto *violencia de género* en la relación de pareja como la agresión física, sexual o psicológica que ejecuta un hombre hacia su pareja femenina de forma habitual, como expresión constante de la supremacía del modelo masculino, desembocando en una relación asimétrica de abuso de poder. Es importante subrayar la frecuencia de estos comportamientos para diferenciarlos de acciones puntuales que podrían tener otra explicación. La cronicidad, las múltiples formas en las que se expresa, cómo se interioriza, la aparente invisibilidad, el carácter silente y la espiral de consecuencias psicológicas y físicas de este proceso son las características esenciales del concepto.

Los primeros incidentes pueden ser de baja intensidad, aislados y codificados como actitudes y comportamientos normales, tanto a ojos de la víctima como de la sociedad. No obstante, estos pequeños accidentes, por insignificantes que parezcan, producen una afectación en la salud física y psíquica de la mujer, ya que la exposición repetida a cualquier grado de violencia genera una habituación a la misma, provocando cambios en el umbral de tolerancia y confiriéndole un carácter de norma-costumbre que dificulta aún más el reconocimiento de las vejaciones y su fin. En esta fase no suele haber conciencia del maltrato por parte de la víctima, ya que este tipo de agresión psicológica es muy difícil de detectar. Es importante hacer hincapié en que, aun cuando la evaluación parezca realizarse durante los primeros indicios, es muy probable que ya existan consecuencias en su salud psicológica, por eso hay que afinar la mirada y explorar no solo lo visible: ha de indagarse en lo menos visible. La OMS divide las consecuencias en la salud de la mujer víctima de violencia de género en efectos mortales y no mortales (tabla 46).

Tabla 46. Consecuencias en la salud de la mujer maltratada

EFECTOS MORTALES	
Mortalidad relacionada con el SIDA Mortalidad materna Homicidio Suicidio	
EFECTOS NO MORTALES	
Físicos	Molestias abdominales o torácicas Alteraciones funcionales Contusiones y hematomas Laceraciones y abrasiones Daño ocular Salud autopercebida deficiente
Trastornos crónicos	Discapacidad permanente Síndrome de colon irritable Fibromialgia Síndrome de dolor crónico Trastornos gastrointestinales
Sexuales y reproductivos	Trastornos ginecológicos Disfunciones sexuales Embarazos no deseados Complicaciones en el embarazo Hijos con bajo peso al nacer Infertilidad Más abortos y abortos no seguros Infecciones de transmisión sexual. Incluye el VIH/SIDA Trastornos de inflamación pélvica
Psicológicos	Trastorno de estrés postraumático Depresión Ansiedad Trastorno de pánico y fobias Trastornos de la alimentación y el sueño Disfunción sexual Trastornos psicósomáticos Baja autoestima Sentimientos de vergüenza y culpa
Comportamientos negativos para la salud	Abuso de sustancias Conducta sexual no segura Inactividad física Conducta suicida y autolesiones Tabaquismo Comer en exceso

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017).

4. Evaluación psicológica de la violencia de género

Dada la complejidad de la problemática, son fundamentales el conocimiento del fenómeno y la formación específica. Ha de recordarse que en la violencia de género están presentes estereotipos, prejuicios e ideas irracionales que, si no se revisan a través de un trabajo de introspección personal, pueden interferir en la detección, evaluación y posterior intervención.

4.1. Peculiaridades de la evaluación psicológica

Como profesionales, nuestra concepción sobre este tema y, por ende, nuestras creencias y prejuicios condicionarán la relación terapéutica, lo que puede provocar la revictimización de la víctima o una alianza sólida que sirva de apoyo en el proceso. En el primer caso, la mujer se sentirá cuestionada y juzgada, y en la mayoría de los casos abandonará el tratamiento. En el segundo, la mujer se sentirá libre para expresarse, iniciará una mejor toma de conciencia y aumentará su capacidad de elección y empoderamiento (Romero; Álvarez; Cazalbowski y otros, 2015). Desde la perspectiva de género, las recomendaciones para evitar la revictimización de la mujer subrayan aquellos comportamientos que un terapeuta no debe asumir: violar la confidencialidad, trivializar y minimizar el abuso, normalizar la violencia machista, culpabilizar a la mujer e ignorar su necesidad de seguridad y autonomía.

La evaluación es uno de los momentos más delicados a los que se somete a la mujer, cosa que influye en la relación terapéutica. Probablemente aparezcan mayores niveles de dolor,

ya que se le pide que relate su vivencia. Es posible que no se sienta preparada para ello, y por esta razón el profesional de la salud debe observar en qué fase de toma de conciencia se encuentra y determinar cuándo iniciar el proceso de evaluación, aplicando los instrumentos necesarios. Para escoger el momento adecuado, puede ser de ayuda el Modelo de fases de cambio de Prochaska y Di Clemente (1982), ya que no tiene por qué ser al inicio de la terapia (Fernández, Salvador, 2017; Garriga, Martín, 2010).

4.2. Proceso de cribado en la identificación de la violencia

No todas las mujeres víctimas de violencia de género por parte de su pareja acuden a un centro especializado. En ocasiones acuden a centros hospitalarios o sanitarios por patologías o dolencias que aparentemente no están relacionadas con el daño vivido, aunque pueden ser efecto de ello. Tanto las víctimas como los profesionales no especializados pueden no relacionar estos desordenes con vejaciones propias de género, contribuyendo a su minimización y naturalización.

Consecuentemente, en el proceso de evaluación han de tenerse en cuenta la minimización y la naturalización de las conductas iniciales de violencia. Por estas razones, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores, es importante considerar la posibilidad de que las mujeres que utilizan los servicios sanitarios padezcan una situación de abuso, la hayan padecido o estén en riesgo de padecerla. Aunque no exista suficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el uso del cribado universal, la prevalencia y el daño social asociado a la violencia doméstica son

motivos suficientes para mantener un grado elevado de sospecha cuando se valora a las mujeres (MacMillan; Wathen; Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001) y realizar este filtro de forma rutinaria. Como sugieren los diferentes protocolos de los departamentos de salud de las distintas comunidades autónomas y, en concreto, del Departamento de Salud de Cataluña, es importante realizar, en la primera entrevista, preguntas que faciliten la detección y la tipología del maltrato (tablas 47 y 48).

Tabla 47. Preguntas ante sospechas de maltrato

Suposiciones generadas por la información obtenida de los antecedentes y las características de la mujer. • He repasado tu historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentarte. Veo que... (relatar los hallazgos). ¿A qué crees que se debe? ¿Qué me puedes decir sobre esto? ¿Crees que todo está relacionado? • En muchos casos, las mujeres que tienen problemas como los tuyos, como son (relatar algunos de los identificados, los más significativos), están recibiendo algún tipo de violencia por parte de alguien, por ejemplo, su pareja. ¿Es tu caso?
A partir de los antecedentes, como por ejemplo dispareunia o dolor pélvico. • ¿Te has visto obligada a tener relaciones o realizar prácticas sexuales cuando no querías hacerlo?
Por la existencia de lesiones físicas. • Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe fuerte o un puñetazo. ¿Es esto lo que ha ocurrido? • ¿Tu pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra ti? ¿Cómo? ¿Desde cuándo? • ¿Alguna vez sus agresiones han sido más graves? (palizas, uso de armas, agresión sexual).
Por los síntomas o problemas psíquicos que presenta. • Me gustaría conocer tu opinión sobre estos síntomas que me has explicado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía, etc.) ¿Desde cuándo te sientes así? ¿A qué crees que se debe? ¿Los asocias con algo? ¿Cómo va la relación de pareja? • ¿Ha sucedido últimamente algo en tu vida que te haga estar preocupada o triste? ¿Qué puede ser? ¿Tienes algún problema con tu pareja? ¿Con tus hijos? ¿Con alguien de la familia? ¿En el trabajo? ¿En el instituto? ¿En la universidad? • Parece como si estuvieras asustada, en alerta. ¿De qué tienes miedo? • ¿Tienes alguna dificultad para ver a las amistades o a la familia? ¿Qué te impide hacerlo?

Fuente: Protocolo GENCAT (2009).

Tabla 48. Preguntas para valorar la situación y el tipo de violencia en el caso específico de la pareja

Psicológica
¿Te grita a menudo o te habla de forma autoritaria? ¿Amenaza con hacerte daño a ti, a los niños, a otras personas o a animales domésticos? ¿Te insulta, ridiculiza o menosprecia? ¿Lo hace a solas o delante de tus hijos e hijas? ¿Frente a familiares, amigos u otras personas? ¿Se pone celoso sin motivo? ¿Te impide ver a tu familia o amistades? ¿Te culpa de todo lo que le sucede? ¿Te controla el dinero o te obliga a rendir cuentas de los gastos? ¿Te impide trabajar fuera de casa o estudiar? ¿Te amenaza con quitarte a tus hijos si le abandonas? ¿Ignora tus sentimientos, tu presencia, etc.?
Física
¿Te empuja o te sujeta? ¿Te golpea? ¿Te da bofetadas o te agrede de cualquier otra forma?
Sexual
¿Te obliga a mantener relaciones sexuales contra tu voluntad? ¿Te fuerza a realizar alguna práctica sexual que no deseas?

Fuente: adaptado del Protocolo GENCAT (2009).

De igual manera, están disponibles otras herramientas validadas para el cribado, como son el cuestionario *Women Abuse Screening Tool* (WAST) de Hernández, Plazaola y Ruiz (2008), que explora la violencia en mujeres que tienen pareja. Puede ser autoadministrado, aunque se recomienda la administración —en forma de entrevista— por parte de un profesional (Fernández; Salvador, 2017). Una vez se defina la sospecha de maltrato, el siguiente paso es confirmarlo. Para ello, y dentro del proceso de evaluación, se realizará una entrevista específica y se utilizarán instrumentos especializados de evaluación.

4.3. Instrumentos específicos de evaluación

Para una correcta intervención, es necesario averiguar las características del problema de una manera precisa. Será indispensable evaluar el tipo o tipos de daños sufridos, duración, frecuencia e intensidad, el cómo ha evolucionado, qué estrategias ha utilizado hasta el momento para hacer frente al problema y si le han sido útiles, así como si cuenta con apoyo social y cómo le ha afectado a la víctima y a otros miembros del hogar esta situación. De manera más concreta, los tres factores que se deben evaluar en cualquier caso de VG son el tipo de violencia, la situación de riesgo y las consecuencias del maltrato (Álvarez; Sánchez; Bojó, 2016). A partir de estos tres aspectos, a continuación se presentan una serie de instrumentos que han demostrado ser de utilidad en la evaluación.

4.3.1. Evaluación del tipo de violencia

1) Entrevista semiestructurada y pautas de entrevista para valorar la violencia de género. Habitualmente los profesionales en esta materia utilizan y recomiendan el uso de la entrevista semiestructurada, al incluir preguntas abiertas que favorecen la expresión emocional de las mujeres víctimas. También facilita el focalizar la recogida de información sobre los temas más relevantes. Destacan las siguientes:

a) Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico de Echeburúa y Corral, 1993 (Echeburúa; Corral, 1998). Evalúa las características sociodemográficas de las víctimas, la historia de victimización y de los trastornos psicopatológicos, y las circunstancias del maltrato doméstico. Facilita la

expresión emocional y permite conocer la reacción del entorno familiar y social ante el trauma vivido.

b) Pauta de entrevista para víctima de maltrato doméstico (Labrador; Rincón, 2002). Recoge información de los antecedentes sociodemográficos, características del maltrato, historia previa de victimización y el cuestionario CAGE (cribado de alcoholismo).

c) Guion de entrevista para mujeres maltratadas por su pareja (Garriga; Martín, 2010). Consta de veinticinco preguntas y permite hacer una recogida de datos más detallada sobre los daños. Incluye un cuestionario CAGE camuflado.

2) Cuestionarios e inventarios para valorar violencia de género en la relación de pareja.

a) Índice de abuso en la pareja (*Index of Spouse Abuse*, ISA) (Hudson; McIntosh, 1981). Inventario autoadministrable que valora la frecuencia e intensidad de la violencia a partir de 30 ítems, divididos en dos escalas, física y psicológica.

b) Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM) (Matud; Padilla; Gutierrez, 2005). Consta de 57 ítems y determina las conductas concretas del maltratador, tanto de tipo físico (golpes, empujones, mordiscos, tirones de pelo, etc.) y sexual como de psicológico (insultos, acusaciones, degradaciones, intentos de control y gritos, entre otros). La escala de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas, y se le pide a la mujer que valore la medida en que su pareja tiende a realizar cada una de las conductas descritas.

4.3.2. Evaluación de la situación de riesgo

Apreciación de las situaciones de peligro a las que está sometida la víctima, así como el riesgo de suicidio.

1) Entrevista de valoración de peligrosidad (Luis, 2001). Estimación de la peligrosidad potencial que puede correr la víctima adulta de la violencia doméstica.

2) Escala de riesgo suicida de Plutchick (Rubio; Montero; Jauregui y otros, 1998). Permite objetivar el riesgo suicida, pero es indispensable utilizarla en el marco de una relación de confianza previamente establecida durante las entrevistas iniciales.

4.3.3. Evaluación de las consecuencias del maltrato

El profesional debe investigar qué efectos se han producido en cada caso, su intensidad, perdurabilidad y su cronicidad, especialmente mediante la evaluación del trastorno por estrés postraumático (TEPT).

1) Inventario de cogniciones postraumáticas (*Posttraumatic Cognitions Inventory*, PTC) (Foa; Enlers; Clark; Tolin; Orsillo, 1999). Obtiene una puntuación global de pensamientos relacionados con los acontecimientos traumáticos, así como puntuaciones específicas en tres subescalas: cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición.

2) Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático (Echeburúa; Corral; Amor y otros, 1997). Evaluación heteroeaplicada. Consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del *DSM-IV*. Los objetivos son tanto el diagnóstico categorial de este cuadro clínico como la evaluación de la severidad del trastorno, cuantificando la frecuencia y la intensidad de los síntomas.

3) Evaluación detallada del estrés postraumático (DAPS) (Briere, 2001). Instrumento de autoinforme. Evalúa los sínto-

mas pre y postraumáticos, y las características asociadas a un evento traumático específico. Incluye tres grupos de síntomas de TEPT (reexperiencia, evitación e hiperactividad) y tres características asociadas de TEPT (disociación específica para el trauma, suicidio y abuso de sustancias). Proporciona una evaluación detallada del trastorno de estrés postraumático en un corto período de tiempo.

De igual forma, será necesario evaluar los problemas de autoestima, de adaptación personal, familiar y social, así como las consecuencias psicopatológicas habituales —la depresión, los trastornos de ansiedad (fobia social, ansiedad generalizada y agorafobia, entre otras) o del sueño— y también el abuso y dependencia de sustancias.

5. Instrumentos recomendados con mayor frecuencia

A partir de la revisión de las guías existentes en las diferentes comunidades autónomas sobre la evaluación e intervención en los casos de violencia de género en la relación de pareja, se ha elaborado la siguiente tabla (tabla 49), que muestra los instrumentos específicos más recomendados en la práctica clínica-sanitaria, junto con otras herramientas útiles, y una relación de aspectos de la evaluación coincidentes. No hay que olvidar la posibilidad de utilizar otros instrumentos o cuestionarios multidimensionales (ver capítulo V) o entrevistas diagnósticas estandarizadas (ver capítulo IV).

Tabla 49. Instrumentos recomendados en la evaluación de la violencia de género

Aspectos de la evaluación	Instrumentos
Evaluación del tipo de violencia	• Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa; Corral, 1998). • Índice de abuso en la pareja (<i>Index of Spouse Abuse, ISA</i>) (Hudson; McIntosh, 1981).
Evaluación de la situación de riesgo	• Entrevista de valoración de peligrosidad (Luis, 2001). • Escala de riesgo suicida de Plutchick (Rubio; Montero; Jauregui y otros, 1998).
Evaluación de las consecuencias	• Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático (Echeburúa; Corral; Amor; Zubizarreta; Sarasua, 1997). • Depresión. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (García; Bascarán; Sáiz; Parellada; Bousoño; Bobes, 2015). • Autoestima. Escala de autoestima de Rosenberg (Atienza; Moreno; Balaguer, 2000). • Ansiedad. Inventario de ansiedad estado/raso (STAI) (García; Bascarán; Sáiz; Parellada; Bousoño; Bobes, 2015). • Abuso y dependencia de sustancias. Cuestionarios CAGE (Ewing, 1984) y Cribado de abuso de drogas (CAGE-AID). • Problemas de sueño. Entrevista clínica y registros del sueño. Escala Atenas de insomnio (EAI-8) (Soldatos; Paparrigopoulos, 2000).

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

- Álvarez, M.; Sánchez, A. M.; Bojó, P.** (coords.) (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista* [documento en línea]. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (2011). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5.^a ed.) Madrid: Panamericana.
- Atienza, F. L.; Moreno, Y.; Balaguer, I.** (2000). «Análisis de la dimensionalidad de la Escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos». *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis* (vol. 22, n.º 1-2, págs. 29-42).
- Briere, J.** (2001). «Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS)». *Psychological Assessment Resources*.
- Echeburúa, E.; Corral, P.** (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J. y otros** (1997). «Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas». *Análisis y Modificación de Conducta* (vol. 23, n.º 90, págs. 503-526).
- Ewing, J. A.** (1984). «Detecting alcoholism: The Cage questionnaire». *Jama* (vol. 252, n.º 14, págs. 1905-1907).
- Fernández, M. C.; Salvador, L.** (coords.) (2017). *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género* [documento en línea]. Junta de Castilla y León. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>>

- Foa, E.; Enlers, A.; Clark, D. M. y otros** (1999). «The posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). Development and validation». *Psychological Assessment* (vol. 11, n.º 3, págs. 303-314).
- García-Portilla, P.; Bascarán, T.; Sáiz, A. y otros** (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (7.ª ed.). Madrid: CYESAN.
- Garriga, A.; Martín, J. C.** (coords.) (2010). *Guía práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja* [documento en línea]. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf>
- Generalitat de Catalunya** (2009). *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña* [documento en línea]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].
<<http://sosvics.integra.es/Documentacion/01-Medico/01-02-Protocolos/01-02-006-ES.pdf>>
- Hudson, W. W.; McIntosh, S. R.** (1981). «The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions». *Journal of Marriage and the Family* (vol. 24, págs. 873-888).
- Labrador, F. J.; Rincón, P. P.** (2002). «Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico. Evaluación de un programa de intervención». *Análisis y Modificación de Conducta* (vol. 28, n.º 122, págs. 905-932).
- Luis, P. de** (2001). «Entrevista de valoración de la peligrosidad». En: F. J. Labrador; P. Rincón; P. de Luis; R. Fernández-Velasco (coords.). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica* (págs. 192-193. Madrid: Pirámide.
- MacMillan H. L.; Wathen C. N.; Canadian Task Force on Preventive Health Care** (2001). «Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations» [documento en línea].

The Canadian Task Force on Preventive Health Care. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].

<<https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/2003-violence-against-women-systematic-review-and-recommendations-en.pdf>>

Matud, M. P.; Padilla, V.; Gutierrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Minerva: Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2017). «Violencia contra la mujer» [artículo en línea]. Organización Mundial de la Salud. [Fecha de consulta: 26 de enero de 2019].

<<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>

Romero, I.; Álvarez, R.; Cazalowski, S. y otros (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver*. Madrid: Síntesis.

Rubio, G.; Montero, I.; Jáuregui, J. y otros (1998). «Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española». *Archivos de Neurobiología* (vol. 61, n.º 2, págs. 143-52).

Soldatos C. R.; Dikeos, D. G.; Paparrigopoulos, T. J. (2000): «Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria». *Journal of Psychosomatic Research* (vol. 48, págs. 555-560).

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS

El psicólogo clínico-sanitario debe saber aplicar e integrar el cuerpo de conocimientos de la psicometría, de la evaluación y de la psicopatología. Ello posibilita llevar a cabo un proceso de evaluación psicológica de un paciente con el fin de poder establecer un diagnóstico psicopatológico, de acuerdo con las clasificaciones tradicionales de los trastornos mentales, y recomendar una determinada intervención psicológica o farmacológica. Dicho proceso, que precede a toda intervención, implica unas fases y el uso de diversos procedimientos de evaluación, entre los que destaca la administración de cuestionarios multidimensionales de evaluación y de cuestionarios específicos para cada trastorno evaluado, algunos de los cuales se abordan en este manual.

Con este libro aprenderás sobre:

- ✓ evaluación psicológica clínico-sanitaria; ✓ dolor crónico;
- ✓ evaluación psicológica en adultos; ✓ entrevista clínica;
- ✓ anamnesis clínica; ✓ cuestionarios específicos de evaluación;
- ✓ cuestionarios multidimensionales de evaluación; ✓ adicciones;
- ✓ evaluación psicopatológica; ✓ evaluación de la personalidad;
- ✓ psicogeriatría; ✓ psicooncología; ✓ cuidados paliativos;
- ✓ demencias; ✓ imagen corporal; ✓ violencia de género

